IULIAN MINCU

Universalitatea alimentației.

Istoria și particularitățile alimentației la români

editura enciclopedică

Scanned with OKEN Scanner

Prof. univ. docent IULIAN MINCU
Membru al Academiei de Medicină

Universalitatea alimentației. Istoria și particularitățile alimentației la români

Alui Prof Titus Revei ca
cu toata afectunea
și consideratia autorului
aceasta lucrare care
nu reprezintă numai
medicina ci și
istoria umanității
văzută prin prisma unui
untuțianist

5-02-2001

EDITAT CU SPRIJINUL
BĂNCII COMERCIALE ROMÂNE

Tehnoredactor: *Luminița Iacob*

ISBN: 973-45-0313-8

Scanned with OKEN Scanner

Prof. univ. docent IULIAN MINCU
Membru al Academiei de Medicină

Universalitatea alimentației. Istoria și particularitățile alimentației la români

Editura Enciclopedică
București, 2000

Scanned with OKEN Scanner

„Nu este putere pe Pământ mai formidabilă decât adevărul“

Margaret Lee Runbeck

Scanned with OKEN Scanner

„Sunt fericit să salut la sfîrşitul carierei succesori ca prof. Mincu pentru că ştiu că aceştia vor contribui din plin la progresul disciplinei care mi-a fost atât de dragă"

prof. Maurice Dérot,
membru al Academiei Franceze,
cavaler al Legiunii de Onoare,
fost şef al spitalului " Hôtel Dieu", Paris

PREFAŢĂ

Se ştie de la Hipocrate că „alimentaţia este primul nostru medic". Începând cu sfârşitul secolului al XIX-lea s-a demonstrat existenţa unor boli grave datorită unor carenţe severe alimentare. Secolul al XX-lea aduce cu el mari descoperiri în modul de compoziţie al alimentelor (nutrienţii componenţi pentru fiecare aliment în parte şi anume glucidele, proteinele, lipidele, mineralele, oligomineralele, vitaminele ş.a.).

Însă ideea că unele maladii sunt strâns legate de factorii nutriţionali (altele decât cele datorită malnutriţiei) este de dată mult mai recentă, aparţine anilor '60. Încă din 1950 apăruse noţiunea de „alimentaţie raţională" (aşa cum menţionează A.Poire şi P.Hock în „Le quotidien de Médecine", 18 martie 1998) şi rolul respectării acesteia în prevenirea bolilor de nutriţie.

Rolul calitativ şi nu numai cel cantitativ al componentei nutriţionale în declanşarea unor boli cronice a fost pus în evidenţă de cercetătorii din nordul Europei. Aceştia au observat că mortalitatea prin boli cardiovasculare datorită aterosclerozei, care crescuse treptat între anii 1927 şi 1940 în ţări precum Finlanda, Norvegia şi S.U.A., a scăzut semnificativ în perioada celui de-al doilea război mondial în rândul populaţiei din cele două ţări nord-europene, datorită reducerii drastice a nivelului de trai (în timp ce în S.U.A. rata mortalităţii prin aceste boli a continuat să crească).

După cel de-al doilea război mondial, pe lângă bolile cardiovasculare de origine aterogenă, creşte frecvenţa cancerului (în special cancerul de pulmon la fumători), osteoporozei (accentuată la femeile aflate la menopauză şi la bătrâni), dislipidemiilor (în mod special hipercolesterolemiile), obezităţii ş.a.

Toate aceste maladii constituie astăzi mari probleme de sănătate publică în toate ţările lumii industrializate.

Argumentele cercetărilor ştiinţifice din această perioadă demonstrează relaţia cauză-efect dintre maladiile respective şi modul de viaţă.

Rezultatele cercetărilor de la Framingham (începute în anul 1948) ca şi cele publicate de A. B. Keys în anul 1970 confirmă realitatea observaţiilor anterioare: între mortalitatea crescută prin complicaţii ale aterosclerozei, alimentaţie şi

Scanned with OKEN Scanner

hipercolesterolemie există o legătură de la cauză la efect. Numeroasele cercetări ulterioare susțin această ipoteză. Ceea ce însă a condus la o concluzie fără echivoc, în sprijinul acestor constatări, au fost rezultatele unor cercetări efectuate în nordul Scoției și publicate în noiembrie 1995. Astfel, studiul științific cunoscut sub numele codificat WOSCOP, efectuat timp de cinci ani pe un grup de populație masculină cu vârste cuprinse între 45 și 64 ani și cu hipercolesterolemie de peste 2,5 g/l, demonstrează că prin scăderea colesterolului (obținut prin regim alimentar și tratament cu pravastatin) se ajunge la reducerea mortalității cardiovasculare globale cu 32% și a infarctului miocardic nemortal cu 28%.

Consecința acestor cercetări populaționale, și a conștientizării întregii populații de pericolul real al unei alimentații hipercalorice și bogate în grăsimi animale (mai ales atunci când se supraadaugă alți factori de risc precum fumatul, alcoolul, obezitatea, sedentarismul etc.), a fost că în mai puțin de 30 de ani rata mortalității prin complicații ale aterosclerozei a scăzut de 3-4 ori în țările occidentale. Este aproape de necrezut că în România în aceeași perioadă rata mortalității prin boli cardiovasculare s-a dublat și continuă să crească.

De ce?

În timp ce în țările occidentale se duce o luptă intensivă împotriva: alimentației bogată în acizi grași saturați și pregătirii culinare necorespunzătoare a grăsimilor (fapt care are drept consecință scăderea colesterolemiei); hipertensiunii arteriale, prin controlul riguros al valorilor acesteia și prin tratamentul medical necesar, fapt la îndemâna oricărui medic practician (ceea ce determină scăderea tensiunii arteriale și a ratei mortalității prin accidente cerebro-vasculare); fumatului, care este interzis în locuri publice și la minori (urmarea fiind scăderea la mai mult de jumătate a numărul de fumători); alcoolismului; sedentarismului etc., la noi există o subestimare ostentativă a rolului tuturor acestor factori în menținerea stării de sănătate, datorită și lipsei unei educații medicale corespunzătoare. Este alarmantă, spre exemplu, creșterea numărului fumătorilor (40% din numărul liceenilor, 42% din numărul bărbaților, 15% din numărul femeilor fumând în medie 2 339 țigări pe cap de locuitor pe an), creșterea consumului de alcool (consumul mediu de alcool pe cap de locuitor în mediul rural variază între 75 și 200 g zilnic), creșterea consumului de grăsimi saturate excesiv în paralel cu scăderea consumului de proteine animale. Dacă mai adăugăm și nivelul scăzut de trai (7,6 milioane oameni, adică aproximativ 34% din populația țării trăiesc în prezent sub limita de sărăcie), asistența medicală necorespunzătoare (deficiențe mari în ceea ce privește posibilitățile de adresabilitate a populației; lipsa posibilităților de investigare medicală adecvate necesare stabilirii diagnosticelor în diferite boli și lipsa posibilităților financiare pentru diferite tratamente medicale) este evident că starea

Scanned with OKEN Scanner

sănătății populației este extrem de vulnerabilă și procesul de deteriorare a acesteia va continua dacă nu vor fi remediate rapid cauzele care provoacă această situație.

* *
*

Ceea ce am dorit, de asemenea, să evidențiez în această lucrare este că poporul român se deosebește de popoarele din jur nu numai prin originea sa daco-romană și prin limba sa de sorginte latină ci chiar prin anumite particularități alimentare. Aceste particularități s-au menținut până la începutul secolului al XIX-lea. Perturbările socio-economice din secolele XIX și XX au favorizat apariția unor dezechilibre nutriționale grave la o mare parte a populației.

În cei peste treizeci de ani de activitate didactică și științifică m-am implicat în clarificarea acestor probleme (rezultatele acestor cercetări fiind publicate în numeroase studii și cărți de specialitate). În toți acești ani am realizat că numai coroborarea unui nivel de trai optim cu o asistență medicală și o educație sanitară corespunzătoare poate să stopeze evoluția nefastă a factorilor negativi asupra stării de sănătate a întregului nostru popor.

Este dureros să constați acum, la începutul anului 2000, că tocmai aceste cerințe sunt subestimate în perioada de reformă din România.

* *
*

Lucrarea de față se adresează nu numai medicilor sau specialiștilor în nutriție, ci și economiștilor, istoricilor, sociologilor, politicienilor și, mai ales, publicului larg. Pentru informarea corectă a acestora s-au folosit toate documentele vechi sau noi avute la dispoziție, dar în mod deosebit cercetările personale sau ale unor oameni de știință deosebiți. În sprijinul ideilor și afirmațiilor făcute de toți aceștia, am redat în foarte multe tabele originale toate datele cercetărilor, pentru a fi la îndemâna celor care vor să se documenteze.

Pentru a facilita înțelegerea tabelelor și textelor de specialitate de către nespecialiști am exprimat valorile energetice sub termenul generic, uzual, de „calorii" cu litera „c" mic (exceptând cazurile speciale care necesitau exprimare științifică exactă, unde s-a folosit termenul de Kcal). Caloria, așa după cum se cunoaște, este unitatea comună folosită de medici, nutriționiști și populație. Cu litera „c" mic o calorie reprezintă unitatea corespondentă cu canitatea de căldură necesară pentru creșterea cu un grad a temperaturii unui gram (ml de apă). În

Scanned with OKEN Scanner

nutriție scara fenomenelor este mult mai înaltă. De aceea se întrebuințează termenul de calorie (cu litera „C" mare) sau de Kcalorie (Kcal.). O Kcalorie echivalează cu 1 000 de calorii (respectiv creşterea temperaturii cu un grad a unui litru de apă). Deci: un gram de lipide furnizează 9 Kcalorii; un gram de glucide furnizează 4 Kcalorii etc. Pentru a nu crea confuzii cititorului nefamiliarizat cu termeni nutriționişti, am folosit, deci, în mod general, cuvântul „calorie". Pentru aceleaşi considerente am renunțat şi la exprimarea în kJ (1 KJ = 1 000 Jouli; 1 Kcal.= 4.2 KJ). Aceeaşi terminologie o folosesc, pentru cărțile adresate populației, şi majoritatea autorilor europeni.

Ceilalți termeni ştiințifici codificați care nu au putut fi evitați au fost definiți, în general, chiar în textul respectiv şi în limba de origine (spre exemplu: LDL-Low density lipoproteins; MONICA - Monitoring of Trend and Determinant of Cardiovascular Disease; CIRC - Centre Internationale de recherche sur le cancer; SU.VI.MAX - surveillance des evenements - santé et de la consommation alimentaire ş.a.).

Consider necesară prezentarea acestor explicații nu numai pentru înțelegerea textului, ci şi pentru urmărirea ideilor exprimate în expunere.

* *
*

Criteriile care au stat la baza alegerii bibliografiei necesită unele explicații. Este, în mod evident, nejudicios, dacă nu imposibil, să se facă referire la bibliografie pentru fiecare fapt inclus în text. De aceea, la prezentarea situației actuale dezastruoase din țara noastră (alimentare, medicale şi economice) precum şi a implicațiilor ei psihologice am ținut seama de aspectul veridic al unor articole cu caracter general şi a celor care punctau precis anumite informări recente de specialitate.

Nu aş putea încheia această monografie înainte de a mulțumi domnului Marcel Popa, directorul Editurii Enciclopedică, pentru sfaturile şi completările pertinente ale domniei sale. De asemenea țin să mulțumesc în mod deosebit domnişoarei Luminița Iacob, care prin munca şi abnegația arătată a contribuit în mod deosebit la tehnoredactarea acestei cărți ce apare la acest sfârşit de mileniu.

Sper ca lucrarea să aducă, având în vedere paleta largă de probleme abordate, o contribuție reală la cunoaşterea stării în care se găseşte poporul român la acest sfârşit de mileniu, situație pentru care el nu se face vinovat. Sper că dictonul lui Tacit scris acum 2000 de ani „Acolo unde au făcut pustiu spun că au făcut pace" nu se va aplica pentru viitorul evoluției noastre.

Autorul

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

„At the enf of my career I am happy to salute successors like prof. Mincu because I know that they will dedicate themselves to the progress of the discipline that was so dear to me"

prof. Maurice Dérot,
member of the French Academy,
knight of the Legion of Honour,
former chief of the " Hôtel Dieu" Hospital, Paris

PREFACE

It has been known since Hippocrates that "diet is our first physician". The occurrence of some severe diseases in consequence of dietary deficiencies has been demonstrated since the end of the 19th century. The 20th century brought with it many great discoveries in the composition of foods (component nutrients for each e.g. carbohydrates, proteins, lipids, minerals, trace elements, vitamins, etc.).

Yet the idea that some disorders are closely connected with nutritional factors (other than those due to malnutrition) is much more recent, dating from the sixties. Already in 1950, the notion of "rational nutrition" (also mentioned by A. Poire and P. Hock in "Le quotidien de Médecine" 18 March 1998) and its roles in the prevention of nutritional diseases had been put forward.

The qualitative and quantitative roles of nutritional components in the causation of chronic diseases were brought to light by researchers in northern Europe. They observed that mortality from cardiovascular disease due to arteriosclerosis which had increased gradually between the years 1927 and 1940 in countries such as Finland, Norway and the US, had fallen significantly in the populations of both north-European nations as a result of the drastic reduction in their standard of living (while in the US, the mortality rate from these diseases continued to rise).

Following the Second World War, along with cardiovascular diseases of arterogenic origin, there was an increase in the frequency of cancer (especially pulmonary cancer in smokers), osteoporosis (marked in menopausal women and in the aged) dyslipidemias (especially hypercholesterolemia) and obesity.

All these maladies are major health problems in the industrialised world.

The arguments presented by the scientific researchers of this period demonstrate the cause-effect relationship between these disorders and life-style.

The results of the Framingham study (begun in 1948) as well as of studies published by A. B. Keys in 1970 confirm the realities of the observations that there is a cause-effect relationship between increased mortality from the complications of arteriosclerosis on the one hand and diet as well as hypercholesterolemia on the

other. Numerous researches had supported this hypothesis. What led to an unequivocal conclusion in support of these observations was the result of some research carried out in northern Scotland and published in November 1995. Thus, the scientific study known by the codename WOSCOP, carried out over a five-year period on a male population aged between 45 and 64 years with cholesterol levels above 2.5g/l showed that reduction in cholesterol (obtained by diet and pravastatin) led to a reduction in total mortality from cardiovascular disease by 32% and myocardial infarction by 28%.

The consequence of these population studies as well as the awareness of the danger of a hypercaloric diet, rich in animal fats (especially when other risk factors such as smoking, alcohol, obesity and a sedentary lifestyle) was that in less than 30 years, the mortality rate from arterosclerosis dropped 3-4 times in western nations. It is almost impossible to believe that in Romania in the same period, the mortality rate from cardiovascular disease has doubled and continued to rise.

Why?

While in the western countries there is an intense battle against foods rich in saturated fats as well as the preparation of fat-rich foods (leading to a reduction in cholesterol); against hypertension through strict observation of blood pressure values and medical treatment when necessary, something which every professional is capable of; against smoking which is forbidden in public places and in minors (leading to a reduction by more than half of the number of smokers); against alcoholism and a sedentary lifestyle; there is still a blatant underestimation of the role played by all these factors on health as a result of a lack of health education. The increase in the number of smokers (40% of high school students, 42% of men and 15% of women smoke an average of 2339 cigarettes *per capita* per year); of alcohol consumption (average consumption in the rural areas is between 75 and 200g daily) and the excessive increase in saturated fat consumption in parallel with the diminution in animal protein consumption is alarming. If we add to this the diminished standard of living (7.6 million people i.e. 34% of the population of the country below the poverty line) and poor medical care (major deficits in population access; lack of adequate investigations needed to establish diagnosis in different diseases and lack of the financial means for treatment of disease), it is evident that the state of health of the populace is extremely precarious and will continue to deteriorate if the causes of these are not remedied.

* *
*

Scanned with OKEN Scanner

I also wished to bring to light in this work the fact that the Romanian people can be distinguished from those around it by its Daco-Roman origin as well as through its Latin roots and some dietary particularities. These particularities were maintained till the beginning of the 19th century. The upheavals of the 19th and 20th centuries favoured the occurrence of some severe nutritional imbalances in a large part of the populace.

In 30 years of scientific and teaching activity I have involved myself in the clarification of these problems (the results of this research has been published in numerous studies and specialised books). In all these years I realised that only a corroboration of an optimum standard of living with optimum medical care and education can prevent the ominous effects of negative factors on our standard of living and on the health of our entire populace.

It is painful to note that at the beginning of the year 2000 that just these requirements are underestimated in the reform period of Romania.

* *
*

This work is intended not only for physicians or specialists in nutrition, but also for economists, historians, sociologists, politicians and, not the least, for the general public. In order to provide correct information, all old and new documents at hand as well as personal research and the work of some exceptional scientists were used. In support of the ideas and assertions from these sources I have reproduced, in many tables, original research data for those who wish to inform themselves.

In order to facilitate the understanding of the tables and specialist texts, energy values have been expressed using the usual terminology of calories with small letter c (except in some special cases when Kcal has been used). The calorie is the unit used by doctors, nutritionists and the population. With small letter c, the calorie is the amount of heat required to raise the temperature of one gram of water (1 ml) by one degree. This is more common in nutrition. For this reason, the term calorie (with large C) or Kilocalorie (Kcal) is used. By definition, 1 Kilocalorie is the equivalent of 1000 calories (i.e. the increase of temperature by one degree, of one litre of water). Thus, one gram of lipid provides 9 Kilocalories, one gram of carbohydrates 4 Kilocalories etc. In order not to create confusion in the minds of readers familiar with the terminologies of nutritionists, I have used the word calorie. For the same reasons I have also abandoned the expression KJ (1KJ = 1000 joules; 1 Kcal = 4.2KJ). I used the

Scanned with OKEN Scanner

same terminology for the books intended for the general populace and the majority of European authors.

The other terms that could not be avoided were generally defined in the text in the language of origin (e.g. LDL-low density lipoproteins; MONICA – Monitoring of Trend and Determinant of Cardiovascular Disease; Circ – Centre Internationale de recherce sur le cancer; SU.VI.MAX – Survellance des evenements – santé et de la consommation alimentaire etc.).

I consider it necessary to present these explanations not only for the understanding of the text but also for one to easily follow the ideas expressed.

* *
*

The criteria for the choice of bibliography require some explanations. It is obviously impracticable if not impossible to make a bibliographic reference for every fact included in the text. For this reason, in the presentation of the current disastrous situation in our country (nutrition, medicine and economics) as well its psychological implications, I have borne in mind the factual nature of some articles of a general nature as well as those that highlighted some recent specialised information.

This work will be incomplete without expressing my gratitude to Mr. Marcel Popa, the director of the Enciclopedica Publishing House. I also wish to express special gratitude to Miss Luminita Iacob who, through hard work and sacrifice, contributed to the production of this text being published at the end of the millennium.

I hope that this work will make, bearing in mind the broad spectrum of issues touched, a true contribution to the knowledge of the state in which the Romanian people are to be found at the end of the millennium, a situation which it is not responsible for. I hope that the adage coined by Tacit about 2000 years ago: "Where they have laid waste they say they have made peace" will not be applicable to our development.

The Author

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Prof.univ.dr.docent **IULIAN MINCU**

- Membru al Academiei de Medicină din România.
- Membru al Academiei de Ştiinţe New York, S.U.A.
- Membru al Academiei de Cultură şi Istorie, Sao Paolo, Brazilia (1996).
- Fost ministru al Sănătăţii în perioada 1992 - 1996, perioadă în care s-a implementat reforma de sănătate în România în conformitate cu legea 91/1991 promulgată de Parlamentul României la propunerea Băncii Mondiale. Punerea în aplicare a legii a început prin crearea „Experimentului" în cele opt judeţe, experiment a cărui rezultate au fost apreciate de Guvern şi de Banca Mondială. Tot în perioada de ministeriat au fost redactate şi depuse la Parlament 18 legi importante în ceea ce priveşte asistenţa medicală. Dintre acestea, până în anul 1996 au fost promulgate 5 legi, au fost votate în Senat 9 legi, inclusiv *legea asigurărilor sociale de sănătate*, care ulterior au fost prezentate şi votate în Camera Deputaţilor în perioada 1997 - 1999. Confirmarea acestor realizări deosebite este făcută publică la 18 mai 1999 de către Convenţia Democratică a Medicilor (C.D.M.) care a prezentat scuze în mod public fostului ministru al Sănătăţii Iulian Mincu (scuze mediatizate în presă) pentru „campania" pe care C.D.M. a purtat-o împotriva sa, atunci când era ministru.
- Personalitate pregnantă a lumii medicale româneşti. Absolvent al Facultăţii de Medicină Generală Bucureşti (1953) şi al Facultăţii de Chimie - secţia Biochimie, Universitatea Bucureşti (1965). Membru fondator şi preşedinte al Societăţii de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice în perioada 1974 - 1999 (în prezent fiind preşedinte de onoare). Profesorul Iulian Mincu a iniţiat şi susţinut 25 de congrese naţionale cu participare internaţională. *Pentru prima oară în România la cel de-al VI-lea congres naţional cu participare internaţională (19-20 septembrie 1980) profesorul Iulian Mincu, în calitate de preşedinte al Congresului şi al Societăţii de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice a prezentat „Memorialul Paulescu. De la descoperirea insulinei la transplantul de celule β"* (tipărit în limba engleză).

În anul 1993, consecvent în susţinerea memoriei descoperitorului insulinei, înfiinţează prin decret guvernamental Institutul „N. Paulescu" la sediul Spitalului „dr. I. Cantacuzino" Bucureşti. Institutul „N. Paulescu" cuprinde în cadrul său organizatoric, pe lângă clinica de asistenţă medicală a bolnavilor cu sau fără complicaţii, şi alte secţii clinice cum ar fi secţia de nefrologie şi dializă pentru

bolnavii cu diabet zaharat şi insuficienţă renală, secţia de terapie intensivă pentru complicaţii acute ale bolilor metabolice, secţia de ochi diabetic, secţia de laboratoare de educaţia sanitară şi de dietetică, laboratoare de cercetare şi de analize curente, un ambulatoriu modern pentru dispensarizarea bolnavilor cu boli metabolice. Toate aceste unităţi au fost dotate cu aparatură modernă şi performantă.

- Doctor în medicină (1960), doctor docent în ştiinţe medicale (1970), profesor universitar, şef catedră la disciplina Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice din 1967-1997. Decan al Facultăţii de specializare şi perfecţionare a medicilor (1969 - 1976). În calitatea sa de conducător ştiinţific, pentru obţinerea titlului de doctor în medicină, profesorul Mincu a format în şcoala sa, începând cu anul 1975, un număr de 31 de doctori în medicină (în prezent fiind în perioada de formare încă 11 tineri). În calitatea sa de decan şi de membru al conducerii universităţii profesorul Mincu a obţinut în anul 1973 aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru înfiinţarea unei noi specialităţi medicale, cea de „Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice", cu dreptul de formare a specialiştilor necesari prin secundariat (disciplina respectivă fusese introdusă în învăţământul medical de către Ministerul Învăţământului în anul universitar 1967/1968). Astăzi, România dispune de una dintre cele mai bune reţele de specialişti în acest domeniu, care lucrează la nivelul tuturor judeţelor în asistenţa medicală de specialitate.

- Visiting professor în America Latină (1970); S.U.A., Columbia University (1975, 1980, 1984); Franţa - Hôpital „Hotel Dieu" (1982, 1985, 1990); Anglia , Londra Guy's Hospital (1970, 1972, 1985); Elveţia - Geneva (1980, 1982, 1984); Germania - Mainz, Düsseldorf, Ulm, Köln, Bonn (1974, 1979, 1985, 1992) ş.a.

- Membru al unor societăţi ştiinţifice internaţionale sau al unor comitete de conducere, titluri onorifice internaţionale: Comitetul Director al Societăţii de Diabet a Ţărilor Europene de Est; Federaţia Internaţională de Diabet; Federaţia Europeană a Societăţilor de Nutriţie; Asociaţia Nutriţioniştilor Francezi; Societatea Diabetologilor din S.U.A., Societatea de Medicină Internă cu sediul la Basel; Uniunea Medicală Balcanică; International Union of Nutrition Sciences; The International Directory of Distinquished Leadership A.B.I., ed. a II-a, 1990; International Who's Who of Intellectuals, 1990 - 8 th Ed. I.B.C. Cambridge, England. Men of achievement 12 th Ed., 1988; Omul internaţional al anului 1991 (Universitatea Cambridge) şi al anului 1992 (A.B.I., S.U.A.).

- Distins cu medalia „Contributions to University Education" ,A.B.I., S.U.A., 1991.

- 6 descoperiri ştiinţifice omologate prin certificat de inventator.

- Multiple cercetări pe mari grupuri populaţionale.

- Membru fondator al Universităţii „Spiru Haret", membru al Senatului Universităţii şi vicepreşedinte al Fundaţiei „România de Mâine".

Scanned with OKEN Scanner

- Prestigioasă activitate publicistică în limbi străine: 5 monografii, tratate, capitole din tratate, 222 articole, 150 comunicări; în limba română: 30 monografii, tratate, capitole din tratate, 470 articole, 320 comunicări, numeroase rapoarte.

Dintre tratatele şi lucrările monografice individuale sau în colaborare menționăm:

- *Diabetul şi obezitatea* - Ed. Medicală, 1968;
- *Boli de metabolism şi nutriție* - Ed. Pedagogică, 1969;
- *Angiopatia diabetică* - Ed. Medicală, 1970;
- ***Diabetic Macro and Microangiopathy*** - Ed. Walter de Gruyter, Berlin - New York, 1973;
- *Stările hiperosmolare* - Ed. Enciclopedică,1974;
- *Tratat de dietetică* - Ed. Medicală, 1974;
- *Alimentația omului sănătos şi bolnav* - Ed. Medicală, 1975;
- *Elemente de biochimie şi fiziologie a nutriției* (2 volume) - 1975 ;
- *Diabetul zaharat* - Tratat, Ed. Medicală,1977;
- *Alimentația rațională a omului sănătos* - Ed. Medicală, 1978;
- ***Dislipidemiile*** **(Premiul Academiei Române - 1978)** - Ed. Medicală;
- *Echilibrul acido-bazic* - Ed. Enciclopedică, 1978;
- *Noțiuni elementare de alimentație rațională* - Ed. Medicală, 1982;
- *Boli metabolice în practica medicală* (2 volume) - Ed. Medicală,1983 ;
- *Lipidologie clinică* - Ed. Medicală,1983;
- *Experimentul Bucureşti - Düsseldorf 1984-1986* (publicat şi comunicat în peste 20 lucrări internaționale);
- *Diabetul zaharat. Mod de viață şi tratament* - Ed.Medicală, 1985;
- *Nutrition and Neurobiology* - Basel, 1985;
- *Factorii nutritivi şi rolul lor în menținerea vieții* - Ed. Medicală, 1987;
- *Orientări actuale în nutriție* - Ed. Medicală,1989;
- *Ce trebuie să ştim despre diabetul zaharat* - Ed. Medicală, 1991;
- ***Hipoglicemiile*** - Ed. Medicală, 1990 **(Premiul Academiei Române - 1993)**;
- *Impactul om-alimentație* - Ed. Medicală, 1994;
- *Bazele practice ale alimentației omului bolnav* - Ed. Coresi, 1997.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

IULIAN MINCU
MD. Ph.D.
professor of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases

- Member of the Medical Academy of Romania
- Member of the New York Academy of Science, USA
- Member of the Academy of Culture and History, Sao Paolo, Brazil (1996)
- Minister of Health of Romania between 1993-1996 during which period, the health reform in Romania was implemented with the promulgation of law number 91 of 1991 by the Romanian parliament at the proposal of the World Bank. The application of the law began with the creation of the "Experiment" in eight counties and its results were well received by the Government and the World Bank. In the same period as Minister, 18 important laws regarding medical care were formulated and presented to parliament. By the year 1996, 5 laws had been promulgated and 9 had been passed by the Senate *including the law on health care insurance* which was later presented and passed by the Chamber of Deputies between 1997 and 1999. The confirmation of these exceptional achievements came in a public apology made on 18 May 1999 (carried in the press) by the Democratic Convention of Physicians to the erstwhile Minister of Health, Iulian Mincu for the campaign against him carried out by them during his tenure as Minister.

- An important figure in the Romanian Medical World. A graduate of the Faculty of General Medicine Bucharest (1953) and the Faculty of Chemistry – Biochemistry Department, University of Bucharest, 1965, Founding member and president of the Society of Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases between 1974 and 1999. Professor Iulian Mincu initiated and supported 25 national congresses with international participation. For the first time in Romania, at the 6th National Congress with International Participation, Professor Iulian Mincu in his capacity as president of the Congress and of the Society of Diabetes, Nutrition and Metabolic Disease presented the "Paulescu Memorial. From the discovery of insulin to ß-cell transplantation" published in English).

In 1993, in continuos support of the memory of the discoverer of insulin, he founded by government decree, the N. Paulescu Institute with its headquarters at "I. Cantacuzino" Hospital, Bucharest. It is organised in departments for the medi-

cal care of patients with or without complications as well as departments for nephrology and dialysis of diabetic individuals suffering from renal failure, intensive care for the acute care of metabolic diseases, department of diabetic eye disorders, laboratories, health and dietary education as well as research laboratories all equipped with modern apparatus.

- Doctor in Medicine (1960), Doctor Docent in Medical Science (1970), Professor and head of the Section of Diabetes, Nutrition and Metabolic Disease from 1967-1997. Dean of the Faculty for the Specialist Training of Physicians (1969 – 1976). In his capacity as scientific advisor from 1975, he was responsible for the guidance of 31 Doctors in Medicine (presently another 11 young physicians are under his guidance). In his capacity as Dean and member of the leadership of the University, Professor Mincu obtained the approval from the Ministry of Health in 1973 for the training of Specialists in Diabetes, Nutrition and Metabolic Diseases (this discipline had already been introduced to medical education by the Ministry of Education in the 1967/1968 University year). Today, Romania has one of the best networks of specialists in this field working in all counties to provide specialist medical care. These specialists, most of them trained in Bucharest, meet at annual congresses where scientific and health care achievements are presented.

- Visiting Professor in Latin America (1970); USA – Columbia University 1975, 1980, 1984), France – Hôpital "Hotel Dieu" (1982,1985,1990); England – Guy's Hospital, London (1970, 1972, 1985); Switzerland – Geneva (1980, 1982, 1984); Germany – Mainz, Düsseldorf, Ulm, Köln and Bonn (1974, 1979, 1985, 1992) amongst others.

- Member of some international scientific societies as well as of some leadership committees as well as holder of some honorary international titles such as member of the Directing Committee of the Society of Diabetes of East European Nations; International Federation of Diabetes; European Federation of Societies of Nutrition; Association of French Nutritionists; Society of French Nutritionists, Society of Diabetologists of the USA, Society of Internal Medicine with headquarters in Basel; The Balkan Medical Union, The International Union of Nutrition Sciences.

- Cited in The International Directory of Distinguished Leadership ABI, second edition, 1990; The International Who's Who of Intellectuals, 1990 – 8th edition I.B.C. Cambridge England. Men of Achievement 12th Ed. 1988.

- Named International Man of the Year 1991 (Cambridge University) and 1992 (A.B.I. – USA).

- Distinguished with the "Contributions to Medical Education" medal – A.B.I. – USA, 1991.

- Possesses patents for 6 scientific discoveries.

Scanned with OKEN Scanner

- Has carried out numerous large scale studies on different populations.

- Founding member of the "Spiru Haret" University, Member of the Senate of the University and Vice-President of the "România de Mâine" Foundation.

Published manx papers abroad in foreign languages, as well as a monographs, textbooks and chapters in textbooks, 222 articles and 150 communiques. In Romanian, author of 30 monographs, textbooks and chapters of textbooks, 470 articles, as well as 320 communiques.

Of the textbooks and monographs we mention the following:

- *Diabetes and Obesity* – Ed Medicala, 1968;
- *Metabolic Diseases and Nutrition* – Ed. Pedagogica, 1969;
- *Diabetic Angiopathy* – Ed. Medicala, 1970;
- *Diabetic Macro and Microangiopathy* – Walter de Gruryter; Berlin – New York, 1973;
- *Textbook of Dietetics* – Ed. Medicala,1974;
- *Nutrition of the Healthy and Sick Man* – Ed. Medicala, 1975;
- *Elements of the Biochemistry and Physiology of Nutrition* – 1975 (2 volumes);
- *Diabetes Mellitus* – Textbook, 1977;
- *Rational Nutrition of the Healthy Man* – Ed. Medicala, 1978;
- ***Dyslipidemias - Won the Prize of the Romanian Academy* 1978** - Ed. Medicala;
- *Acid-Base Balance – Ed. Enciclopedica,* 1978;
- *Basic Concepts of Rational Nutrition* – Ed. Medicala 1982;
- *Metabolic Diseases in Medical Practice* – Ed. Medicala,1983 (2 volumes);
- *Clinical Lipidology* -- Ed. Medicala, 1983;
- *The Bucharest-Düsseldorf Experiment, 1984-1986* – published and communicated in over 20 international presentations;
- *Diabetes Mellitus. Way of Life and Treatment)* – Ed. Medicala, 1987;
- *Current Directions in Nutrition)* – Ed. Medicala,1989;
- *What we Should Know About Diabetes Mellitus* – Ed. Medicala, 1991;
- ***The Hypoglycemias. Won the Prize of the Romanian Academy* – 1993** – Ed. Medicala, 1994;
- *The Effect of Man and Diet* – Ed. Medicala, 1994;
- *The Practical Basis of Nourishing The Sick* – Ed. Coresi, 1997.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

ABSTRACT

* **History of Mankind. A Nutritional History.** Definite historical conditions left their mark on a coherent milieu of social, administrative, judicial and religious organisation of those ancient peoples that became historical civilisations. Along their existence, they succeeded in constituting a highly original profile, creating genuine patterns for the surrounding nations, with substantial contributions to the heritage of human values.

Nutrition occupies an important place in civilisation which is defined as all that belongs to the sphere of the fulfilment of material needs, comfort and security, factors that are highly utilitarian. Information about the stages in the evolution of nutrition from ancient times to now revealed both similarities and differences in our ancestors' dietary habits, thus opening new research directions in this field.

Mankind has been in existence for about two million years, and our pre-human forefathers appeared at least four million years ago. Paleontological evolution, geographical site and seasonal conditions influenced the kind of food available humanoids living hundreds of thousand yeas ago.

Our ancestors preserved the omnivorous versatility that characterises the great majority of primates. Human genetic structure has changed slightly since the appearance of modern man-*Homo Sapiens'* some 40,000 years ago. Differences between current and ancient dietary regimens seem to be at the heart of many of civilisation diseases. Numerous research workers are convinced that current food habits initiate diseases such as atherosclerosis, some forms of cancer or pathologies related to over- and undernourishment.

The humanoids appearing about 4 million years ago had a diet that was very rich in meat. *Cro-Magnon* man kept up the interest in hunting and 50% of his diet came from meat. Gradually, sedentary living with agriculture and the taming of animals was arrived at. Agriculture brought about a decrease in meat consumption and hence to many changes in the anatomic structure of the carnivores of 30,000. Humans became shorter and thinner. The diet of paleolithic man resembled that of contemporary man. Of the daily caloric requirement of 3000kcal, 35% came from plants while 65% came from meat. There was a daily

ingestion of 788 g meat and 1,463 g plants, meaning 251 g total amount of proteins, of which 190.7 g and 60.4 g were of animals and plants respectively. Concerning lipids, carbohydrates and fibres, the daily intake was as follows: 71.3 g lipids (29.7 g animal, and 41.6 g vegetal), 333.6 g carbohydrates and 45.7 g fibre. *Neanderthal* and *Cro-Magnon* men were great meat consumers and in consequence had large bones, robust constitutions and were 10-12 cm taller on average than contemporary man due to their increased calcium, vitamin and protein intake from meat. Calcium intake was 1529.2mg (compared to 1000mg of calcium which is the consumption of contemporary man). Sodium (Na) was 1/6 that of man of today.

In the Neolithic era (5th to 2nd millennia BC) the burnt clay vessels that permitted complete baking of food appeared. This destroys vitamins, leading to various avitaminoses, rickets, scurvy, etc. Dental decay occurs. The staple food was bread baked in the sun. Due to the unavailability of fire, Egyptians ate raw food (uncooked and not fried). Peasants consumed a lot of freshly dried fish or salted fish. The populace ate pigs considered by priests as unclean. Cows and rams were considered sacred. Duck, goose and hyena meat was eaten. Other foods consumed include milk and dairy products, lotus roots and bamboo shoots. They drank beer from barley as well as wine from dates and grapes. These were consumed mostly by the wealthy.

With nomadic Jews, the food consisted in unleavened barley bread, cheese and acidified milk. Meat was allowed with certain interdictions. Mutton, goat, beef, stags and deer (that is cloven-hoofed animals) were permitted, while pork, camel, rabbit and fowl were forbidden. Persians ate unleavened bread or millet porridge, milk, and vegetables. Meat, wine or beer was consumed on festive occasions only. Indians preferred rice, with many vegetables, as well as boiled or fried wheat and barley dishes (in sesame, linseed or mustard oil). They used lots of plants. Meat was considered a luxury, always being boiled. Fish was generally consumed, excepting the Brahmans who ate neither meat nor fish. In Northern China, food consisted of millet flour (millet porridge) while in the southern part of the country, rice was preferred. Wheat and barley remained on a secondary level. Wine was a luxury. The Chinese had no restrictions on meat consumption. They ate lots of pork, dog and salty fish, but never milk. They developed a refined cuisine with hundreds of dishes. In Japan, food was based on barley, millet, horse bean, rice and a wide range of vegetables. Japanese ate venison, fish and shellfish. Fruits were excluded from their diet. Sugar and tea were imported from China in the 12th century. From rice, they prepared a special kind of alcohol.

Scanned with OKEN Scanner

In America, the Aztecs knew agriculture. Beans, corn and aloe comprised their basic food. They also consumed turkey, venison and fish.

Greeks ate twice a day a flat loaf of bread prepared from barley, oat or corn flour, olives, salty or smoked fish, onion, garlic, different sorts of cheese, goat milk. Regimens varied according to their region or economic status. Everywhere, meat and wine were reserved for the rich.

Hipocrates uncovered the therapeutic role of food. He noted the influence of external environment on health. The Latin "diet" meant all that was linked to health, air, food, temperature, rest, physical exercise, etc. The sense in which "diet" is synonymous with "food restriction" does not belong to Hipocrates, being much older; Herodot mentioned that Egyptians considered that "food was the source of all ills" Pythagoras adopted the same viewpoint. The whole of ancient medicine up to the German physician Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) adopted that view. On the contrary, Hipocrates considered that the nutrient substances for the human body are made up of the same substance as the human being itself. The fire of the food maintains the vital heat. In his work "About diet" Hippocrates defined, in fact, the dietary allowance conveyed nowadays by using calories. He considered that "*food is necessary because in any foodstuff there are parts of all existing in human body*" He was the one, who, unlike Egyptians, prescribed physical exercise.

Many foodstuffs were not known in Hipocrates' time (we do not speak of refined products, the appanage of this century). Bean, asparagus, eggplants, cauliflower, tomatoes, potatoes, citric fruits, coffee and many others were ignored..

The Rome of Cicero Marcus Tullius (106 - 43 BC), Quintus Flaccus Horatius (65- 8 BC), Publius Ovidius Naso (43 BC – 17 AD) opposed abundance of nutrients and of overfeeding and promoted a regimen of dietary abstinence. The diet of the ancient Romans was frugal. Bread became commonplace only in 2 BC. Till then they ate a form of porridge from millet or wheat flour boiled in water or in milk to which was added eggs, cheese, honey and various condiments. The basis of nutrition was formed by vegetables (onions, cabbage, garlic, beet, lettuce and radishes either boiled or raw). Goat, sheep and rarely beef were consumed. Of the birds, chicken and geese were preferred. Lots of milk was consumed. Olives, grapes and figs were frequently eaten. Roman cuisine was characterised by the use of a wide variety of fish (the famous garum). They despised beer. On the other hand, they consumed wine. Their main meal was dinner.

We know very little of the diet of the Celts. Their main meal was supper comprising bread and boiled oats to which the rich added beef or pork. They drank hydromel or wine.

Scanned with OKEN Scanner

The ancient Germans ate porridge comprised of wheat flour, barley or rye as well as hunted food. They consumed a great deal of milk.

The diet of the Byzantines was in no way frugal. Their economic status made it possible for them to eat thrice daily. Lunch was the most sumptuous and comprised soft boiled eggs, fried fish, fried duck or deer, duck soup with garlic, a lot of pickles and barbecued pork. They drank the famous Greek wine.

The diet of the Middle Ages was based on boiled flour or bread (from barley, rye or wheat), lamb was eaten in the meridional areas.

Various vegetables were eaten. From the 12th century the economic status allowed the peasants to eat bird meat, eggs, cheese and fish. They ate pork, beef and sheep. A lot of condiments were used in their nutrition. There was very little difference between the diet of the peasants and that of the knights. Gourmets became the vogue in the 12th century. The feudal lords consumed much more meat especially pork and, later (12th century) beef. Desert played an important role in diet and comprised pastry, honey and fruits. They drank cider, hydromel and wine. The preferred drink was wine.

In the Middle Ages, the Moslems considered diet to be important. The Arabs employed the use of many aromatic plants, spices and ordinary plants. As they were under the dominion of the Jews, the Moslems consumed only beef (Persia) and horse meat (Turkestan). It was forbidden to eat birds of prey and reptilian meat. They consumed many sweet things.

Thus, over time, diet has depended on climatic, geographic, economic and social factors.

The history of dietetics is connected with the knowledge of physiology, chemistry, biophysics and medicine.

The Middle Ages was known for restrictive malnourishing diets. Avitaminoses as well as malnutrition were seen.

Until the beginning of the 17th century, concepts of diet had no scientific basis. Only in the 19th century were nutrients classified and their protein, lipid, carbohydrate and mineral composition determined.

At the beginning of the 20th century, mineral substances from nutrients were discovered (sodium, chlorine, potassium, sulphur, magnesium, phosphorus and calcium) and their value studied. The role of trace elements (iron, manganese, zinc, copper, nickel, cobalt, aluminium, and molybdenum) as well as the metalloids (iodine, arsenic, fluorine, boron etc.). Of the 102 elements, 60 can be found in the human body. The requirements of the salts has been established.

At the beginning of the 20th century, the role of vitamins (designated by Funk in 1912) as well as their role in the growth and development of the body was noted.

Scanned with OKEN Scanner

Proteins were considered essential only after their discovery by Gerrardus Johannes Mulder (1802-188) in 1838 (the word was derived from proteias = primary = first). Thomas Burr Osborne (1859-1935) a biochemist as well as the physiologist and biochemist Lafayette Benedict Mendel (1872-1935) both Americans described amino acids while in 1838, William Coming Rose (born in 1887) classified amino acids into essential and nonessential amino acids. The essential amino acids are derived from animal proteins.

Lipids, described in 1926 by the American anatomist Herbert McLean Evans (1882-1971) while the American biochemist George Oswald Burr considered them essential nutrients and classified them into essential (unsaturated) and nonessential (saturated) fatty acids.

Vegetable oils are rich in unsaturated fatty acids. Kinsell (1952) and Bronte-Stewart (1960) discovered their role in the reduction of cholesterol.

The term essential fatty acid has been adopted for unsaturated fatty acids that play a special role in the metabolism of cholesterol. The American physiologist Ancel Benjamin Keys (born 1904) showed in 1957 and 1963 the relationship between the incidence of coronary insufficiency and the abundance of fat in the diet. Keys and Ahrens arrived at the conclusion that animal fat poor in unsaturated fatty acids increase cholesterol and hence the risk of atherosclerosis.

The era of civilisation's diseases is opened and mortality through the complications of atherosclerosis (myocardial infarction and cerebrovascular accidents) and these are discussed in another chapter.

The development of the knowledge of nutrients cleared up the role of proteins (nutrients with noncaloric but growth functions) as well as their qualities in relation to their origin (animal or vegetable) as well as their relationship with vitamins and mineral salts. Animal proteins are especially necessary in nutritional balance.

* In summary, these categories of principal nutrients are indispensable. We cannot eliminate any of them without adverse consequences on the health of the individual. Comparison of calories is of marginal interest and is the field of the specialist.

Nevertheless, man is not the thermodynamic machine the French philosopher Gilles Deleuze (1925-1995) considers it to be, but a being gifted with intellect and feelings who perceives food not just as a means to satisfy his hunger, but also as a source of pleasure.

Scanned with OKEN Scanner

To desire and to like are part of our dietary universe. To the tendency to eat which in principle produces in him the sensation of fullness, is added the sensation of pleasure.

In the world of physiology, the agreeable serves the useful and participates in energy homeostasis as well as in giving pleasure. When the agreeable ceases to serve the useful, we are in danger (B. Waysfeld, 1999). Nutritional behavioural derangements appear with pleasure dominating and man has a fixation on the available object, the nutrient. Most nutrients are refined industrially. Yet their composition is frequently different from the original product. Their refinement is done in order to please avoiding the requirement of fulfilling necessity.

Eating is more than the physiologic act as such. It has a symbolic meaning. The act of "eating" is a psychosocial event with roots deeply buried in the past as well as in the history of mankind. Food itself has spiritual connotations related to the characteristics and the socio-cultural environment in which we live. Milk for example, is the symbol of purity. Meat represents desire and aggression, sweetsand sugar remind us of childhood and for the elderly, it implies the regression which the adult rejects.

The choice of food is frequently marked by our personality. For example, vegetarians are opposed to red meat as they equate the consumption of meat to cannibalism which their ethics rejects.

Disturbances of food (bulimia, permanent chewing, etc.) symbolically signifies unsatisfied sexual or aggressive desires. There is an effort to fill the emotional void with food.

All these symbolic meanings are a network of psychic elements connecting the individual to historical and cultural groups. Man does not eat what he enjoys, he enjoys eating.

Any disruption of the food chain destroys our symbolic and imaginary universe leading to profound disturbances in behaviour with negative effects on the biologic development of the individual. Food has played a role throughout time of an organiser of exchange of ideas, images, sentiments and thoughts as well as the maintenance of emotional connections. The act of eating is a magic happening. *"Life is formed from the substance which has no life"*. It has a sacred history with profound rituals connected with our ancestors. This is because *"man, although he knows he is immortal, cannot live unless he forgets this fact"*. The reestablishment of social connections appears to be the only means of ensuring our own existence.

Scanned with OKEN Scanner

* In the last 30-40 years, in western nations there has been a move from the traditional family dinner with deep socio-cultural and historic roots to "fast-food" (a system adopted more and more in the world including Romania) thus widening the gap between the producer and the consumer. The move from the family meal to the individual meal has placed the onus on the individual to supervise his own body (E.H.E.S.S. nr. 56, 1993, ed. Seuil, Paris). Diet is desecrated, stripped of ritual, separated from its religious and social models, bringing on disturbances in eating behaviour.

On the psychological plane there is a move towards the "fatherless society" (the one at the head of the table), the depressive society described by T. Anatrella. The symbolic role of the "father" presiding over the meal with its traditional and sacred aspects (*saint*) has remained vacant. Food has been reduced, when stripped of its symbolic aspect, to a simple act of acquiring the energy required by the organism sometimes in excess. B. Waysfeld ("Science et vie", nr. 208, Paris, 1999) compares it with the oral and instinctive avidity of the nursing infant.

Throughout the millennia, religious prescriptions in the field of diet have protected man from just this danger i.e. the risk of avidity in absorbing the object (food) and intolerance of any sentiment of deficit. There is only one step from here to self destructive sentiments (bulimia and anorexia). Society's survival necessitates measures to combat this risk.

* *Religions have always played a special role in the preservation of the ceremony of the meal, in festive customs and in the obedience of the morality of the law.*

In Jewish religion eating is a cult that obliges the individual to cover his head during mealtimes. At the time of the Sabbath, he is required to eat at table with others in his best clothes, to fast during the Kippur as a symbol of his resistance to the temptation of food. The dietary interdictions of the Jews can be thus interpreted:

a) hunting means the act of making murder a banal act, killing for pleasure. Ritual killing of an animal implies sparing it suffering.

b) *Proscription of some sources of animal food* (the acceptance of only ruminating mammals, the exclusion of predatory birds as well as those that feed on carcasses, the acceptance for consumption of only fish with scales and bladders); the adoption of a series of rules for nutrition as this implied the removal of obvious danger.

c) The separation of love from the oral impulse, repeated countless times in the Bible, thus expressed: *"do not boil the kid in its mother's milk"* (Exodus XXII: 19 and Deuteronomy XIV, 21) implies the interdiction of boiling milk

Scanned with OKEN Scanner

with meat and of consuming it. The scientist Georges Devereux (1908-1985), of Romanian origin, also the founder of ethnopsychiatry, translates it as a battle against the risk of a symbolic incest between mother and child, an impediment to the confusion of "loving" with "owning". Haddad considers it as an indication to consume milk after meat.

Islam also has a series of dietary recommendations. It tends to be more liberal than Judaism. In Sura (chapter) 77 of the *Koran*, verses 41-44, it is said that living in paradise is a promise of joy that includes the reward of good food. Their religion forbids, for example, wine and gambling.

Both Catholic and Orthodox Christianity look at eating as an act of assimilation. *It is considered as a battle against death, a concept unacceptable to Christian-Judaism. This religion gives man the belief in resurrection i.e. of beating death.* This belief is found in *"The Eucharist"* which allows the *"passing through another to become yourself again"*. To feed means to transsubstantiate.

Also, Martin Luther (1483-1546) the great religious reformer and Jean Calvin (1509-1564) considered that religious discipline was a necessity. They recommended fasting inn a desire to share what they do not have.

These religious direction gave food the meaning of holy (Haddad). Abandoning the social and symbolic connections of feeding has given man cause for anxiety simply because the psychosocial element of feeding cannot be suppressed. The reestablishment of the social connection implies the return to a certain spirituality which alone can give meaning to the existence of man. *"The twenty first century will be religious or it will not be?* (Malraux)

* **The objectives of nutrition.** Diet must be so conceived that it ensures the right amount of growth and development. Thus, nutrition in childhood years, when the physical and psychic development of the human organism is taking place, is of special importance.

The optimum nutritional uptake is a relative notion that differs from country to country, from individual to individual, with sex, age, type of work and climate. Evidently, the nutritional traditions of a people is related to the environmental conditions (climate and relief) and of the lifestyle (sedentary or with a higher degree of physical activity) and could explain some differences in the requirements for nutritive principles which, nonetheless cannot vary very much from one population to another.

We cannot conceive of the composition of an ideal nutritional system that is suited to everyone. Each person is structurally and functionally unique with his specific physical dynamics and this demands differences in dietary regimen.

Scanned with OKEN Scanner

The human biology is adapted to a well defined intake of nutritional substances that must be given to the organism daily and constituted from essential nutrients.

If the optimum relationship between different food groups is taken into consideration, the caloric needs of the body can be filled by ratios of 12-13% proteins (except children where the caloric needs are 15-16% proteins), 25-35% lipids and 55-60% carbohydrates. The percentage intake in the physiological diet comprised of the different food groups would be comprised of: 30-35% cereals and cereal derivatives; 16-18% fats; 16-18% fruits and vegetables; 10-12% milk and dairy products; 8% meat and meat products; 8% sugar and 2% eggs.

* Diet according to human conceptions underwent a series of transformations after the second world war.

In the period between the years 1950-1955 the concept of "rational nutrition" which in layman's language implied the adoption of a dietary regimen suited to the physiologic needs of the individual[1] taking into account the individuals age, sex, and type of work as well as the climate he resides in.

The 60s gave access to modernisation: economic growth, the influence of the American model as well as the spread of the "super-brands" gave rise to the consumption of newer and faster products. This was the period of the "thin" woman with a slim profile, of female emancipation as well as of the opposition to the consumer society. This opposition accentuates in the course of the 1970-1980. The new kitchen replaced the bourgeois one and eating simply, rapidly and without fat (lipophobia came into existence) became a law. There is also the onset of dietary anxiety as a result of the use of pigments and hormones is the preparation of foods.

Also in the 80s the body culture and the maintenance of health through aerobics, jogging, diet as well as vitamin and mineral supplements was promoted. The 90s created and cultivated the term "healthy" food (*sain*) accompanied by a very balanced diet rich in mineral salts with well balanced nutritive principles, lacking in animal fats with the precise scope of maintaining as ideal a profile as possible as well as a perfect health. The diet has evolved from "saint, sein to sain" (Waysfeld described it thus: holy, energetic to healthy). *Science has transformed nutrients into medication ("foodicine"). This lifestyle is expected to prolong the active life of the individual.*

---

[1] *Le quotidien du médecin*, 18 mars 1998, Congresul de dietetică, comunicare de A.Poire și P. Hock.

Scanned with OKEN Scanner

* *Protective nutrients.* This chapter tackles a new direction in the food industry and in nutrition. In contrast to dietary nutrition which plays a passive role, protective nutrition has a wider spectrum and is characterised by a new attitude to medicine, that of preventing disease and not simply treating it.

Nutritional products based on fruits and vegetables are recognised today for their protective role: Soya, cabbages and peas prevent breast and prostate cancer; garlic stimulates the immune function and is anti-depressive, anti-hypertensive, anticoagulant, an inhibitor of mitosis, anticancer, decongestive as well as anti-inflammatory. Vegetables play an effective cardioprotective role and are antioxidants because of their flavonoid, vitamin C, vitamin E and zinc contents.

Sea fish are effective in combating cardiovascular disease because they contain the polyunsaturated fat omega-3 which is antioxidant and anticoagulant in effect.

Germinated cereals are rich in B vitamins. Active biologic substances are present in a naturally balanced state. The high glutathione content plays a role in cellular metabolism. Germinated cereals are very rich in vitamin E, essential amino acids, biologically active lipids and vitamin complexes.

Fermented dairy products (yoghurt) are hypocholesterolaemic. Vegetable juices (carrots, beet, tomatoes and celery) are protective.

Fibre-enriched foods have been found to be useful as cholesterol-reducing agents as well as in colonopathies as a result of their high fibre content. Increased cellulose, hemicellulose, pectine and mucilage (water soluble and insoluble fibres) are recommended in a preventive manner for those suffering from metabolic diseases (diabetes and obesity) for their special effects on total blood cholesterol and LDL-cholesterol.

Foods with anticancer effects have undergone significant development in recent times (dietary fibre in the prevention of colonic cancer, in reduction of lipids as well as oestrogen and thus in the prevention of breast cancer). Vitamins C and E as well as the retinoids play a prophylactic role (as antioxidants, they prevent cancer, artherosclerosis etc.).

The anticancer role of some food products is enlarged upon in this chapter.

* **Atherosclerosis as a result of metabolic derangements. The relationship between food and atherosclerosis. Free radicals.** During intracellular oxidation, some of the oxygen escapes metabolism and the reactions that produce energy and water and, through an added electron is transformed into free radicals. The productions of free radicals of oxygen is a

Scanned with OKEN Scanner

physiologic process resulting in intermediary cellular metabolism. The principal free radicals are: hyperactive oxygen (O_2^{o-}), hydroxyl radicals (OH^{o-}) and hydrogen peroxide. In excess, they become bad. Free radicals all have one or more (non-functioning) electrons. The aggression of the radicals leads to the oxidation of some biologic molecules (resulting from lipid, carbohydrate, protein and amino-acid metabolism) which gives birth to other radicals said to be secondary. These alter cellular function. Their accumulation intracellularly is the cause of many degenerative diseases amongst them atherosclerosis. Their noxious function is blocked by endogenous protective agents (catalase, glutathione peroxidase and glutathione transferase) or exogenous agents known as "scavengers" (uric acid, biluribin and glutathione) as well as certain antioxidant nutrients such as vitamin E, vitamin C, polyphenols, trace elements (zinc and selenium) or minerals (magnesium).

The negative action of free radicals in the metabolic chain as well as their atherogenous role cannot be understood without discussing their role in the pathogenesis of atherosclerosis, hence in the causation of cardiovascular disease as well as their involvement in the oxidation of LDL when the chain of metabolic changes leading to the formation of atheromatous plaques (explained in detail in part I, chapter III of this work, where the current knowledge of the metabolism of cholesterol and the epidemiologic research into the relationship between nutrients, cholesterol and atherosclerosis as well as its complications and the pathogenesis of coronary lesions are presented).

* Micronutrients in the diet with a strongly antioxidant role are:

- vitamin E, the generic term under which tocopherols are classed. This is a powerful antioxidant which interacts with peroxide radicals (ROO) synthesised at the level of the membrane to form a more stable tocopherol radical with a protective role in the membrane. The reduction in ingested vitamin E increases the risk of coronary disease. Vitamin E also has another set of actions which will not be repeated here. The daily requirements varies between 150 and 300 mu/day.

-Vitamin C has a strong antioxidant and immunostimulatory action and regenerates vitamin E. The minimum daily intake is 60mg. Unfortunately, adults, especially those above 60 years consume less than 2/3 of this.

- Caroteinoids and provitamin A are an important group of compounds that are found in fruits and vegetables and inhibit the lipoperoxidation and oxidation of LDL-cholesterol. The lack of b-carotein favours the development of lung, stomach, cervical and intestinal cancer.

Scanned with OKEN Scanner

- Zinc (Zn) and selenium activate protective enzymes (glutathione peroxidase) and inhibit lipid peroxidation. In competition with iron and copper they reduce the production of hydroxyl radicals (OH). Zinc protects the thiol (SH) group of the proteins against oxidation induced by iron. A moderate supplement of zinc (20mg/day) associated with other oxidants leads to increase in the resistance of the elderly. The principal sources of zinc are sea fruits, meat and oysters. Selenium (Se) is a part of the structure of many antioxidant enzymes. The optimum daily intake is 70 mg/day. Unfortunately, the intake is almost always insufficient.

- Polyphenols can be found in red wine (their most important source). The act as LDL-cholesterol antioxidants.

- The risk of magnesium deficit increases with age. The magnesium deficit favours the peroxidation of lipids. The necessary daily consumption is 400mg. Magnesium can be found in chocolate, vegetables, dried fruits, cereals and so on.

- Iron has a pro-oxidant action. There is a relationship between the excess of iron and cardiovascular disease. Those above 50 years of age do not require iron supplements.

* Antiatherogenic diet presumes the following:

- The restriction of the consumption saturated fats or nutrients rich in fats with a high proportion of omega-6 polyunsaturated fats (for example, saffron promotes the oxidation of LDL-cholesterol)

- The limitation of the consumption of food that is rich in meat;

- Daily intake of 100-400 i.u. of vitamin E.

- Diet should be rich in fish (which contain omega-3 polyunsaturated fatty acids with antioxidant and anticoagulant effect). Fish should be consumed 2-3 times per week.

- Lots of fruits and vegetables rich in vitamin C (cauliflowers, asparagus, potatoes boiled in their skin, tomatoes, oranges, watermelons, onions etc.)

- An increased consumption of garlic (600mg/day) reduces the oxidation of LDL-cholesterol by 34%

- The consumption of olive oil which is a powerful antioxidant.

- Reduction in the consumption of salt

- Moderate consumption of alcoholic drinks.

* **The history of nutrition in Romanians till 1989.** During the course of history in the determination of types of diet of a people, natural, geographic, climatic, geologic, botanical and zoological comprise the social and economic

Scanned with OKEN Scanner

cause of this phenomena. Changes along time of the diet is due to some social factors that make nutrition more dependent on geographic factors. The geographic conditions determine in large measure, the fauna and flora as well as the primary economic opportunities. In a certain physical context, there are many possibilities of satisfying the economic needs of seeking food. Man adapts to, and creates his *lifestyle*. The lifestyle that sociologists designated "shepherds with secondary agriculture" is the lifestyle once prevailed in all the mountains of southern Europe till the Carpathian mountains. Aside from climatic and economic factors, ethnic factors influence the differences in types of food. Ethnic peculiarities of nutrients can be connected with "racial physiology" and are incontestably connected with "cultural moments".

The Romanian people are a part of the southern and eastern part of Europe where the archaic character of food has been better preserved than in the West. These have very powerful roots in the past and are connected with the agricultural cycles as well as the ancient lifestyles of the peoples. In this cultural and economic area, the diet of the Romanian people conserves certain peculiarities that differentiate it from that of the neighbouring people.

The riches of Romanian ground as well as its richness in all that is required for human life has made it ceaselessly inhabited from the most ancient times of history.

Our country is located at a climatic crossroad: the continental and central European influences meet in the East of the country with Mediterranean influences from the south of the country and weaker Baltic influences from the north. This interception generates a transitional characteristic climate designated by Simion Mehedint "getic climate". This kind of climate is encountered in the plains while the rest (75%) of the country has hilly and mountainous weather.

The relief and climates have determined our type of culture: the territory is situated at the northern limit of the southern zone and offers optimal conditions for the cultivation of cereals and in the past, wheat and millet and later corn. The north is and optimal area for the culture of oats and rye while the east (Basarabia) is for springtime wheat, buckwheat, barley and rye.

This transitional climate is exceptional for the culture of millet and for corn. Millet appears to have been the basis for the diet of the inhabitants of Romania till modern times when it was replaced by corn.

The chief occupation of the Dacs was agriculture. The Dacs were cultivators of cattle. There are two major characteristics of the Romanian people that have been preserved with time: *"the predominance of cereal food and the lack of pastry in daily nutrition"*. Predominantly cereal based food was characteristic of rural people everywhere. The lack of pastry in the diet

Scanned with OKEN Scanner

characterises the diet of the Romanian peasant. In the 1st century A.D. the Geti were "grain cultivators" their descendants, the Romanians adopted the lifestyle of the "shepherds with secondary agriculture (in the valleys, on the hills and the subcarpatic plains) of nomadism".

Transhumance was not a kind of nomadism, as some have tried to present it, *but a seasonal passage to and fro between the mountains, grasslands and steppes or the lakes at the outskirts of the Carpathian area.* Only a small number of shepherds made this journey. Those who remained behind with their families were numerous. Fixed households could be found in the valleys and depressions below the mountains, some of them even on the flatlands to be found below these areas (Posea Gr, 1999).

Carpathian Transhumance was in fact an active adaptation to the environment, a wise exploitation of this learnt even at the time of the Dacs, an example of equilibrium between the mountain economy and that of the steppes and the lakes. In this manner, a large number of sheep could be raised and catered for.

The shepherds left in the fall with their sheep to the fields and returned in spring. In the final part of the Middle Ages, the most renowned shepherds were from Ardeal and they were known by specific names: in the Brasov area they were mocans, barsans sacelens or branen; in the region of Sibiu they were marginens or tutuiens. The shepherds on the external side of the carpathians were know as vranciens, modovans etc. They all descended to the steppes of the Romanian plains or in the Danube lakes, in Dobrogea, the Moldova plain, the Panonica plain and even in southern Transnistria at Edisan and also in the Crimea.

Transhumance contributed to the formation of the most unitary Romanian language. Language is unified "*in those places where the people are in close contact and therefore they feel the need to understand one another*"(Graur Al., 1968). With the Romanian people transhumance played this role. A characteristic of feudalism in Romania was that it did not tie the peasants down to specific places, enabling permanent contact among them and movement from one estate to another. When the serfs became bound to the land (as in Western Europe) our language had already become one. In addition, in ancient Dacia, the active movement was conducive to a unitary language. Almost the same thing happened while the region was a Roman province, leading to Latinisation and then to the formation of the Romanian language.

Together with the unification of the language, unification of ideas, culture, people and the nation occurred. Against this common unitary ethnic background, there were many foreign influences that have been generally as

Scanned with OKEN Scanner

similated. These were transmitted all over and became Romanian. Thus, the entire material and spiritual life of the Carpathian, Danubian and Pontic area was permanently oriented towards general unification and towards complementarism and the circulating radial-centripetal system that characterised it.

The circular form of the Carpathian Mountains characterises our geographical area. This mountainous circle is not a massive one and is quite accessible; made of low massifs and restricted peaks, depressions and valleys that even traverse the mountain mass, passing through Transylvania toward the exterior. A different arrangement of the mountains would have influenced differently the free movement and the arrangement of the small communities.

The connection between various land segments and Carpathian massifs is made by means of depressions and valleys.

By means of this arrangement, a communication system for goods and people was facilitated, both along the circle of the mountains and mostly along the radial routes from and to Transylvania, or from Carpathian Mountains outwards and in opposite direction (Posea Gr, 1999).

Among the large number of mutual connections and influences between the Romanian people and their land, a single one prevailed, namely the geographical environment, especially the relief that continuously spread the economic activities all over the Carpathian-Danubian-Pontic land creating a permanent unity. Carpathian Mountains are the backbone of the region and Transylvania was the ethno-social centre.

The unifying role of Transylvania and Carpathian Mountains functioned permanently in the history and life of the Romanian people, both under socio-economically as well as with regard to the protection and formation of the Romanian people and language. We are certain about the fact that the Romanian people would not have existed without the Carpathian Mountains. The diligence, firmness, kindness, tolerance, wisdom, customs and the character of the Romanian people were all formed within the Carpathian region (Posea Gr., 1999).

The lifestyle affected the diet of the Romanian people. The ample supply of milk and the non-sedentary life brought about certain characteristics. For the writers of the epoch, Geta shepherds were "milk drinkers", and the later Romanian shepherds: " used to have excellent cheese, milk, and meat in greater quantity than other nations.

The need to relocate the herds of sheep, to live in the mountains, hillsides, and valleys, leads to an underdeveloped agriculture; *the pastoral (rural) life brought about short term grain cultivation, restricted to the months of May, June and August when only millet and barley can grow.*

Scanned with OKEN Scanner

Millet was grown in our area as early as the Ancient times and its cultivation is related to a certain way of life and especially animal husbandry. Restricted to the cultivation of cereals that could not be used for pastry, our ancestors relied on thick porridge, maize/corn mush and maize/Indian corn flour.

Bread baking is a difficult problem for semi-nomadic shepherds.

Another characteristic of the diet of the local population was the limited intake of garden vegetables. The agriculture of the mountains, valleys, and sub-Carpathian regions could not facilitate intensive growing of vegetables but only of certain plants. Our maize mush (mashed cornmeal) "mamaliga" was similar to the Italian "polenta" or Spanish "papa" and our maize cakes "turte" resemble those in the southern parts of France, Italy and Spain.

The geographic and anthropo-geographical conditions in which the people have lived for thousand years would affect the dietary habits that have been preserved so far.

The maize flour "mălai" replaced millet "mei" at the end of the seventeenth and the beginning of the eighteenth century when it was introduced in the Romanian provinces. Maize cultivation became prevalent (70 % of all cereals) in the old province, while in Transylvania the then authorities did not allow its cultivation (Teutsch, 1686).

Abundant supplies of cereals, green vegetables, milk, and dairy products characterised the diet of our population. Another characteristic of the nutrition of the people of this area was the more restricted use of garden vegetables. The agricultural conditions of the mountains, valleys and subcarpathian depressions were not conducive to the intensive cultivation of vegetables but favours those in the wild. No other European people have maintained in their diet such a great number of smaller plants and vegetables: (serpent's garlic, patience plant, figwort, hops, parsley, lovage, savory, dill, lettuce, sesame, dandelion, nettle, garden sorrel, amaranth, mushrooms, etc.).

* *Diet in the eighteenth-nineteenth century.* Agrarian feudalism began much later than in other western countries. *With us, feudalism set in as late as the fifteenth century in comparison with the eleventh century in the West. Feudalism ceased to exist in the Romanian provinces in the nineteenth century, much later than in the West, where it died out in the eighteenth century.*

At the beginning, the life of the labourers/serfs was much easier than that of the western people in servitude. In the second half of the eighteenth century, the living conditions of the Romanian labourer deteriorated. In the nineteenth century, the poverty of the small farmers, tenants, sharecroppers and labourers

Scanned with OKEN Scanner

that formed the main labour force in agriculture, grew worse. Grain growing for export was done on the land destined for grazing. The population increased and the size of the arable land decreased; the rights of the serf were disregarded. Diet was adversely affected. Maize mush "Mămăliga" prevailed in the diet of the main labour force in agriculture in the Old Kingdom and along with vegetables became the main food in their diet, a diet that was lacking in animal proteins.

In Ardeal region, they grew much wheat, and maize was cultivated only in the mountain areas. The local people frequently ate milk and cheese.

The consequence of such unbalanced nutrition lacking in animal was "pellagra"(1846). It is important to mention that this disease caused more than half of the deaths. All periodicals of the time („Monitorul Oficial") mention the difficult plight of the Romanian peasant with regard to his nutrition in all the Romanian provinces. Most of the diseases as well as the high mortality were caused by regular fasts. Fasting would weaken the resistance to diseases and would make undernourishment even worse for the Romanian labour force in agriculture.

The 1864 land reform did not change the situation. The diet continued to be unbalanced in nutrients. At the beginning of the twentieth century, our country had one of the highest birth and mortality rates. Among the causes of this high mortality rate of the local people, was the low resistance to diseases. Almost 35 % of the infant population died in its first year, and this was caused by the miserable living conditions of the Romanian peasant. A poor and faulty diet is also to blame for the situation. N. Lupu, in his work "The Peasant's Diet" (1906) stated that "*a balanced diet is the source for strength and good health and that is why it should be the main concern of the political powers*". Based on his research, N. Lupu wrote that of the 2558-gr. Consumed daily (1165 g had no nutritional value, 1318 gr. of vegetable origin, of which 1000 g was maize and only 78 gr. of animal origin.) Food intake was deficient in animal proteins, lipids and had an excess of carbohydrates. N. Lupu concluded that: "The agriculture labourer fed himself exclusively with vegetables, hence his weak resistance to diseases and high mortality rate". By the way we eat continued N. Lupu "we can not rank higher than the people of India, because-with undernourished individuals or populations- one can not claim intellectual activity, constant and hard work..... Due to an insufficient diet, man gets easily tired and dies out at middle age..."

The evolution of the Romanian society, with its various classes and categories is rendered in the centuries that preceded the 1918 total independence. The peasant class

Scanned with OKEN Scanner

represented 81 % of the total population of the country (1,015,302 landowners), the agricultural work force owned less land than the 4,171 owners of great landed estates. Great differences could be noticed among peasants. A number of 36, 318 landowners had an average of 19.2 ha. These were among the better-situated peasants. The remaining landowners were represented by the peasants who had between 5 and 10 ha. households (peasants who had a decent living standard) and poor and very poor peasants who owned less than five ha. of land.

G.Proca and T. Kirileanu, in their 1906 social research on a great number of rural families, ascertained that an adult consumed daily, on average, 115 gr. proteins, 84 gr. fat, and 640 gr carbohydrates, thus attaining a daily caloric intake of 3654 calories. This was well above the optimum allowance. However, the structure of the calories was totally unbalanced. Maize (Indian corn) flour represented 60-65% of the total daily intake of fat. The rest of the proteins (more than 35 %) came from vegetables and less from meat, milk, eggs, fish. The high percentage of carbohydrates, well above the allowance tolerated by the human body (400-500gr.per day) is harmful for the body. Eating too much maize (Indian corn) flour leads to malnutrition when animal fat is missing from the daily diet, especially those that come from milk. In that period, there was an increased prevalence of diseases like pellagra, from 20.5% in 1989 to 64.9% in 1906). This disease did not emerge in the Romanian provinces along with the introduction of maize flour, but about 100 years later, in the middle of the nineteenth century. Consumption of "mămăliga" maize mush (mashed cornmeal) was not a cause of pellagra. A variety of factors caused the emergence of the disease out of which an essential one was the lack of proteins of animal origin, and especially of milk. Malnutrition was also facillitated by the frequent religious fasts.

* **Food in the early Twentieth Century.** The 1918 land reform, the extension of the arable agricultural areas, (more than 10 millions hectares, doubling the land under cultivation compared with the period before the war) made Romania one of the foremost nations that had vast agricultural areas, and among the biggest grain exporters.

Vestigial feudal practices remained in Romanian agriculture. The consequences of World War I had a profound impact on the plight of the peasantry. When the economic crisis broke out, the ownership structure of the peasantry was as follows:

About 2,460,000 of rural households that owned 1-5 ha of land (74.9% of the total number of households) and which owned 28% of the total agricultural

Scanned with OKEN Scanner

land; 25,000 rural households that owned more than 50 hectares each, holding 42.2 of total agricultural area. More than 700,000 rural households had no land in possession (more than 19% of the total rural households).

After World War I the socioeconomic structure of the labourers in the industrial sector, of the low income office workers, handicraftsmen, and small traders in the urban areas; was such that they all made sometimes less money than the middle or lower classes in the rural areas[2].

The studies and research on the diet of the Romanian people before World War II will be placed in this economic context.

Therefore, a social investigation on the school children of the 30's (both in the rural and urban areas) showed that 41.1% were undernourished. Girls proved to be underfed in a higher percentage (44.8%) in comparison with boys (37.7%) both in the rural and urban areas. On age groups, the percentage of the underfed girls decreased from the age of 15years upwards. This survey published in "Revista de Igienă Socială" (November 1931) also indicated that the percentage of the undernourished children in the urban area was higher than that of the children living in the rural area (40% in comparison with 37.9).

The percentage of the underfed children increased with their age.

With regard to the Romanian diet as a whole, all research reached similar conclusions to those from previous periods. The diet was unbalanced and insufficient; some differences may be noticed but as a whole, the nutrition was unbalanced.

The scientific investigations that support the above mentioned, belong to some prominent researchers, among them, Gr. Benetato who carried out research both in the rural and urban areas of Ardeal (1933-1939), Enescu, a researcher whose scholarly investigations were carried out in Moldavia (both in the rural and urban areas) between 1929-1935, and Claudian amongst others. In 1938, C. Georgescu from the Central Institute of Statistics carried research that included villages from all regions of the country.

The results of the research led to the following conclusion: "*the diet of our rural population is characterised by a high intake of carbohydrates*. Cereals were the main source for this high intake of carbohydrates that matched the real needs required by the daily work in the family run farms.

The rural economy is a closed economic unit, which consumed the produce obtained in its own household. The quantity and balance of various food sources depended on the economic standing and the agricultural structure.

---

[2] Gusti D., Enciclopedia României,Ed. Imprimeriile Naționale, București, 1938.

Scanned with OKEN Scanner

The average daily intake was 3682 calories per inhabitant, and if we were to compare the quantity of calories with the working hours we would find that about 160 calories were in excess. The number of calories consumed varies within certain limits in accordance with the particular regions. The caloric allowance was higher in agricultural areas of the country, in the Danube Plains, southern Basarabia and Dobrogea as well as in the western counties of the country, in Banat Plain, Arad and Bihor County.

In the western part of the country, the quantity of proteins and fat is higher. However, in some poorer villages of eastern and northern Basarabia, on the hilly and mountainous areas of the Carpathian range, the caloric value of the local people's diet was around average or lower. This quantitative variation depends directly on the level of carbohydrate and fat intake. The general daily caloric intake showed that the vegetable source prevailed (79.9% of total calories). Only in two regions (Banat and Transylvania) was the caloric structure higher in calories of animal origin. The intake of animal proteins, which at national level was on the average 29.2%, was higher (>35%) in the provinces beyond the Carpathian range and in Bucovina, while in the Old Kingdom and Basarabia it was lower (<23%).

With regard to fat intake, animal fat made up more than 75% of total fat intake.

Main sources of animal proteins were meat, milk and dairy products; there were variations according to particular geographical areas. In Banat region, the main source of animal proteins was meat, which represented 17.4% of total protein intake; in Transylvania and Dobrogea, milk and dairy products were the main source of animal proteins. In Muntenia, Moldavia, and Oltenia unrefined cereals were generously consumed and maize made up an impressive percentage (70-95%) of the total grain products. In Bucovina, Transylvania, Dobrogea, and southern Basarabia this percentage would not exceed 50%, wheat and barley flour were a substitute for maize. The high bread intake covered the iron and calcium needs. In Ardeal region, bread and fat intake met the energetic needs of the body.

With regard to the nutrition of industrial sector workers, the researches showed that 1/3 of women, 1/5 of men and 1/3 of children were undernourished. (Benetato Gr.)

In Moldavia, the consumption of unrefined cereals comprised of maize as previously stated. This was eaten as a staple mashed cornmeal (maize mush) "mamaliga". Bread was rarely eaten. Milk and dairy products were most frequently consumed. Pork was the most frequently eaten meat. More than 75% of the rural population of Moldavia had a deficient diet. The average life expectancy was much lower in comparison with that in the rest of the territory

Scanned with OKEN Scanner

(in Roman district (county) this was 22 years in 1938 and, if we disregard children under 1 year, the life expectancy was 26 years).

The other important sources of vegetable proteins, excluding cereals, were potatoes (mostly in Ardeal and Bucovina). Vegetables such as beans, cabbage, onions, garlic, green and chilly peppers as well as cucumbers were frequently consumed all over the country.

During the 40's, the Romanian peasants still used an unsophisticated technique for the preparation of their food in comparison with the one employed by the urban population.

Leavened bread, maize flour, and tortilla, as well as maize mush (mashed cornmeal) "mămăliga" made up the main cereal meals. In Transylvania, Banat, Bucovina, Dobrogea and southern Basarabia, bread was consumed daily thus having the role of regular dietary supplement almost in the same way as we noticed with the urban population. Maize (Indian corn) bread was prepared in many mountain areas of Transylvania (Bistrita-Nasaud) and it looked similar to a tortilla made from maize (Indian corn) flour.

In south-western Transylvania and in the eastern part of Banat, the archaic technique of baking bread on a hearth was preserved. In Bucovina and central Basarabia, bread was served daily, in the same way as the mashed cornmeal "mamaliga". In Dobrogea and southern Basarabia, wheat bread was predominant while "mamaliga" (mashed cornmeal) was rarely served and usually only by be the poor. In the Old Kingdom, bread played a limited role in the diet of the local people. Wealthy peasants used to serve bread about 1/3 of the days of a year, and the poor people used to have it only on festive days.

In the regions beyond Carpathian Mountains, excepting the industrial zones, the Romanian peasant remained a consumer of "mamaliga" (mashed cornmeal). "Mamaliga" accompanied milk and dairy products, eggs, vegetable soups and less frequently, steaks.

In Oltenia, Muntenia, Ardeal and Basarabia a dish called "chisalita" was served which was a simple fruit broth that was served with "mamaliga"

The typical meat meal was made of mincemeat, prepared with fried onions, potatoes, green and red peppers and the meat was mutton, pork or beef. In Transylvania, such a dish was called "papricas". The fried dishes were served all over the country.

Returning to the staple dietary items in the diet of the Romanian, the following will assertions will be made with reference to that period:

- Milk consumption was reduced in comparison with that of the western countries and USA. In England, Germany, Denmark, Holland, Switzerland, the daily milk intake per resident was between 500 ml and one litre while in

Scanned with OKEN Scanner

Romania the daily intake was 200-300 ml per resident. In the Romanian diet, cheese was a staple dietary item and was not regarded as dessert as in the western countries. The types of cheese were different from those in foreign countries. "Mămăliga cu brânză" (mashed cornmeal with cheese) did not exist in France, Germany or in England and neither were "cheese and cream", or "brânza de burduf"(cheese kept in a primitive leather bag made out of the hide of oxen or sheep) known in the West.

- Meat intake was reduced, yearly by approximately 2-3 kg. per person in the rural areas and approximately 22.5 kg. per person in the urban area.

- Number of eggs consumed in a year was inadequate between 98 and 107 units per person

More than 250,000 families in the rural area did not keep any fowls. Eggs were consumed in greater numbers in the urban areas (in Moldavia, not more than 40-70 eggs were consumed per person per year).

The rest of the necessary calories up to the daily allowance would be derived from animal fat (bacon, lard) and from cereals, potatoes and vegetables. Sugar intake was reduced in the rural areas.

To sum up, the general characteristics of the years between the two world wars are:

- sufficient caloric intake- calories coming especially from cereals

- monotony, in some cases the mash cornmeal "mămăliga" and beans were consumed approximately 133-200 days per year.

- sufficient protein intake, these proteins made up 11-15% of the daily caloric allowance. Animal origin proteins made up only 12-23% of the total proteins (the optimum intake is considered to be 50%). Zein, the protein obtained from maize (Indian corn) is an incomplete protein (lacking in tryptophan and lysine). Excess of corn intake (46.7% of the total) can maintain a pellagra endemic. Deficiency in milk intake prolongs the existence of a diet poor in calcium (0.30 gram per day instead of 1 gram per day as recommended). The absorbed quantity of phosphorus was reduced because of the physical combinations in corn:

- diet was deficient in fat intake leading to calcium losses.

- hypovitaminoses (deficiency in vitamins: B,PP, C) were evident in pellagrous areas. The imbalance between dietary habits (excess of carbohydrates, insufficient animal fat and proteins, vitamin deficiency) had a negative influence on the nutritional state.

The unbalanced diet over long periods diminished the working capacity and resistance to contagious diseases.

Scanned with OKEN Scanner

The pellagra endemic lasted in Romania during this period, because of dietary shortages. Claudian gives the prevalence in 1935, as 6.5%, mostly to be found in the rural areas and also amongst people living on the outskirts of the towns, who led a rural life from a social and dietary point of view. The mortality rate per 100,000 residents was 14.4-16 and it was considered insignificant in comparison with the mortality rate due to tuberculosis that was 170 - 189 cases per 100,000 individuals.

These findings were valid for the entire Romanian rural population surprisingly homogeneous from this point of view. Regional variations were insignificant. In the south-western regions of the country, an increased consumption of animal proteins could be observed because the peasants from these areas had a better economic situation.

Claudian writes "*diet in the rural area is an economic problem before being a cultural one*". In addition, he adds *"we have in our country regions where residents have a better regimen than that in the Old Kingdom: this is the case with the regions over the mountains. The peasant from Ardeal will be an excellent example for the peasants from Muntenia and Moldavia"*.

* **Diet between 1940 and 1989.** The dietary situation in Romania continued to be desperate in the first years after the war. The period of drought and shortages between 1946 and 1947 was also a period of hardships. Collectivisation of agriculture that was concluded around 1954 - 1955 led to a worsening of the situation.

The dietary structure underwent deep transformations both in the rural and urban area. The rapid urbanisation (55% of the population is drawn to urban areas), changes in the social life, occupations and cultural level, all led to a change in the type of diet, and its physiological structure.

Large scale studies and research carried out by state-owned institutions or well trained groups of specialists offer us data on the real situation of nutrition in this period either through official publications or unpublished data.

The Institute for Hygiene and Public Health, Dietary Hygiene Department studied the diet of the population between 1949 and 1958 in many rural communities where many people were affected with pellagra. This study was continued in 1969 with the participation of the Hygiene and Public Health Departments of several districts. The diet of the population living in 24 localities in Muntenia, Oltenia and Moldavia (48,370 persons out of which 725 had pellagra and 438 people were in apparent health, to whom the vitamin PP tests were administered). The diet of the peasants was, in most cases optimal as far as

Scanned with OKEN Scanner

the caloric content of food was concerned. This diet was based on a high carbohydrate intake, which was obtained from cereals (600 - 700 gram carbohydrates daily), maize (Indian corn) being most frequently consumed (60 - 70%) of all cereals. The proportion of protein coming from meat, milk and eggs did not exceed 12-20 gram of the total value of the proteins. The incidence of pellagra declined.

Although from 1958 pellagra in its endemic form decreased in frequency, it continued to exist in some rural areas. Professor Dumitrache and his co-workers found 75 individuals with pellagra between 1972 and 1973 in one district alone, Ilfov. In one village, "Singureni" the dietary investigation performed by Dumitrache and his co-workers showed that, with a large number of local residents, the intake of foods of animal origin was insufficient. At the same time maize intake was in excess (more than half of the dietary caloric value). Reduced amount of vegetables and fruits and overindulgence in alcoholic beverages could be noted. The same researchers repeated their investigations in the same village in 1979. These investigations were carried out throughout the entire year. The data obtained showed that the diet was balanced in autumn. Meat intake (107.0%), eggs (111.3%), vegetables (98.1%), fruits (97.1%) and bread (109.3%) were close to the recommended dietary allowances. However, in spring and during the summer time only the intake of eggs and meat was close to optimum levels (91.0%). Eggs were frequently consumed in excess, the quantity being almost double in comparison with the recommended allowance (especially in the spring and summer). Milk intake was deficient (in spring 68.5% and in autumn 87.8% of the necessary requirements). Increased consumption of cheese compensated for this shortage (180.5%- spring, 130.6%- in autumn). In spring time the intake of vegetables and fruits dropped (29.1% fruits, 40.6% potatoes and 80.4% other vegetables). The insufficient consumption of potatoes was maintained in autumn and winter (86.0%). There was an excessive consumption of mostly due to malai (mamaliga was consumed with bread) and dried beans. This ample supply of cereal derivatives (231%) and dry beans (182%) led to an energy surplus in most cases, although some calorigenic foods were in short supply (potatoes, candies). In the spring and autumn, fats were consumed in large quantities (oil and lard made up 152% in spring and 121.3% in autumn). However, the butter intake was reduced (23 - 63.4%). *A clear improvement in the diet of the peasants in this community compared to that in 1969 was observed especially with regard to its diversification and to the increased consumption of animal products (cheese, meat and eggs). Although mamaliga (maize) was still being consumed, the consumption of bread and*

Scanned with OKEN Scanner

other products from wheat flour had increased substantially. The caloric intake covered or even exceeded the estimated average consumption of energy taking into consideration the age, sex and occupation of family members.

Body measurements showed that 67% of men and 46 % of women had a normal weight. Obesity was more frequently encountered among women (26%) and less so among men (9%). The number of underweight people was reduced (7% of men and 9% of women).

In comparison with the 1969 situation and 1972-1973, the indicators of the nutritional state of affairs improved evidently.

We laid emphasis on the nutritional condition of this village over the course of time, because it is similar to that of the majority of the rural and urban population in Romania as shown by the investigations performed on tens of thousands of individuals. Because of the socio-economic changes, malnutrition caused by an inadequate diet (pellagra) disappeared.

The scientific investigations carried out between 1979 and 1980 by the Institute for Public Health Cluj-Napoca, Iași and Timișoara on 2,689 subjects from 12 localities, as well as those performed on two working class communities, as well as those performed in Brașov, Teleorman, Mehedinți, Argeș, Brăila and others showed insignificant deviations from nutritional standards.

In the plains, in spring the regional deviations from the standard dietary allowance were -9% and –1% in autumn. In the hilly areas of Muntenia, the optimum dietary allowance varied from the caloric standpoint, between –14% in spring and –7% in autumn.

With reference to the total intake of proteins, the normal dietary allowance on a national level was satisfactorily covered. *A proper intake of animal protein could be noted both from the investigations in each residential area and from syntheses in geographical areas*. The variation of the lipid intake was also, acceptable (-2% in the plains of Muntenia and –4% in pre-Carpathian zone of Muntenia), in autumn and spring the lipid intake varying between –2% and +1%.

The carbohydrate intake in the investigated residential areas showed a deficiency less than 10%, in spring and 7% in autumn. The general findings are as follows:

a) The meat supply was slightly increased in comparison with the reference allowance, a higher intake taking place in autumn.

b) The proportion of eggs was also increased in comparison with the reference allowance, especially in spring.

c) Cheese intake increased in comparison to the reference allowance.

d) Milk intake was insufficient especially with children and adolescents.

Scanned with OKEN Scanner

This shortage could be compensated for by other foods as far as the protein content is concerned but cannot be compensated for with respect to intake of calcium and fat-soluble vitamins.

e) Fat intake was adequate and in autumn, it was slightly increased because of the vegetable lipids. Butter was missing from the diet of some categories of people, and in those cases where it was consumed, the quantity did not exceed the daily allowance of 5-6 gram (150-180 gram per month).

f) Bread intake was increased, a known nutritional habit with the Romanian people. In addition, the intake of legumes was increased in that period. However, some shortages of cereals could be observed in some places.

g) Potato consumption was inadequate.

h) Fruit intake was well below the reference allowance.

i) Intake of dry leguminous plant was higher than the established optimum requirement.

j) Sugar intake was insufficient being fifty percent of the reference allowance.

Between 1979 and 1984 conclusive investigations were performed by several specialised institutions, amongst them were The Electronic Data Processing and Health Statistics Department (a scientific study performed in 1983 and 1984, on a sample of population (47,722 individuals from rural and urban areas) and the Academy of Medical Studies (a scientific study performed between 1979 and 1984 on 7,384 individuals and between 1986 and 1990 in the rural and urban areas of Transylvania).

The conclusions of these scientific investigations were as follows:

1. The average caloric intake was normal.

2. Some deficiencies were noticed with reference to protein intake, especially in the rural areas;

3. Some deficits in consumption of animal proteins were manifest with children and adolescents living in the rural areas;

4. The average lipid intake was normal or excessive. The vegetal lipids prevailed;

5. It was ascertained that milk, cheese, fruits, potatoes and sugar intake were insufficient, and the vegetables, fats, bread and other cereal derivatives (maize flour), eggs and meat were all in excess.

6. A proportion of 9.5% of people were found to be overweight (Mihăilescu and associates, 1982) with variations 26 percentage in women, 20 percent in men and 7-18 percent in children. In addition, hypertension was 12% of the total population, being lower with the male population (11%). Hypertension was more frequent in Moldavia (27%).

Scanned with OKEN Scanner

* *
*

Just before 1989, the scientific investigations performed by the hygiene and public health institutions, as well as those performed by "SANEPID" on a noteworthy sampling, showed a significant change in general nutrition.

The investigations performed in Bucharest on workers found a dietary s hortage in meat and meat products (-21.3%), fish (-1.2%), eggs (-34.6%), potatoes (-51.3%), cereal derivatives (-14.2%), vegetables (-30.1%), fruits (-52.3%) and sugar (-55.8%).

In many cases, this diet could not cover the necessary caloric requirement.

The investigation performed on the sampling revealed deficiencies in protein content, with annual variations from –8.9% in spring to –33% in autumn, the annual variations being 15.6%. Protein deficiency was due to insufficient meat, eggs and milk intake. An insufficient consumption of cereals was determined.

The average intake of lipids was slightly higher than that recommended.

The dietary deficiencies that grew worse after 1984 became manifest with a large number of communities both in the rural and urban areas.

Although carbohydrate intake was derived from relatively cheap foods, in some cases shortages in this group could still be seen because of insufficient fruit and sugar intake.

The investigations performed by the health and anti-epidemic centres indicated an inadequate intake of milk, eggs, fruits, fresh vegetables and sugar products. The monotony of the diet also drew attention as the same dishes were regularly prepared.

The investigation on the health status of the population showed a frequency of high blood pressure that was notable with rural and urban residents from Transylvania, Moldavia and Banat. A relative increase in the frequency of obesity in the ranks of those investigated could be observed.

* All these studies have been presented in order to illustrate the many-sided aspects of general nutrition in this period of great social transformations.

While diet in the distant past was faulty with significant deficits, which generated unfavourable nutritional indicators of the general state, between 1970 and 1980 a balance became manifest. Unfortunately, starting with 1984, an on-going deteriorating process of the general nutrition took place, reaching significant proportions between 1986 and 1989.

Scanned with OKEN Scanner

It is common knowledge that the negative influence of an unbalanced diet on children and adolescents is perceived either by a reduced level in height or weight in cases of malnutrition or by overweight when the young ones are overfed. These are the results not only of the inadequate nutritional alterations but also of the educational, health and cultural deficiencies.

The physical and developmental level of the children and young people diminished in wartime, during post-war economic crises and in periods of social transformations characterised by substantial shortages. The somatic development of the children is especially influenced by the daily milk intake and by balanced nutritional habits. The scientific investigations of Tănăsescu published in 1986 in *Child and Adolescent Hygiene*-Medical publishing house, Bucharest, are notable in this respect. *Comparing the data obtained in 1979, with the results of the 1950, 1957, 1964 and 1971 research, Tănăsescu found an accelerated developmental phenomenon both with the rural and urban population. Therefore, between 1957 and 1978 the average length of newborn babies in urban areas increased from 50.3 to 51.3 cm. And their weight increased from 3.2 kg. to 3.5 kgs. In comparison with 1950, in 1978, the group of investigated boys (4-18 years old) was 2.5-12.4 cm taller and girls had an increased average height by 2.1-8.5 cm. An increasing gain in height was noticed with both sexes between 1964 and 1968 in comparison with 1957-1964. The weight of a 7 year-old child in 1960 is reached at the age of 6 by the boys in the urban area in 1971.*

The average life expectancy increased from 42.01 years in 1932, to 63.17 years in 1956 and to 69.42 years between 1987 and 1989.

* *
*

Romania in the transition period (1990-2000)

* **The socio-economic structure of the Romanian population.** In analysing the socio-economic structure of the population in the period of transition, one would start from the number of inhabitants as of December 31, 1998 (22,508,803) and from a differentiated assessment according to the environment (urban-12, 383,803; rural-10, 155,000).

An analysis of the demographic factors shows a decrease in the number of children from 28.8% (1989) to 23.64% (1998) because of lower birth rate indicators. The general mortality rate, the infant mortality rate (diagram I and II) illustrate this developments.

The active population of Romania was 11,520, 000 as of December 31, 1998

Scanned with OKEN Scanner

out of which 28 percent were working in the private sector. At that date, 1,183,000 were unemployed (12 percent of the active population) and 5,787,532 pensioners.

Analysis of the income of the Romanian people, show that the average salary was 1,191,510 lei. In august 1999 the average salary reached 1,624,183 lei (the exchange rate being US$ 1.00 = 16,423 lei). The purchasing power in august 1999 was similar to that in February-March 1999[3] (about 89.7% in comparison with December 1998 and approximately 61 percent in comparison with 1990).

The peasants' condition was much worse. A real analysis presented in "România Liberă" of December 15, 1999 showed that a peasant with 10 hectares of land makes annually 1,200,000 lei (after tax). The retirement benefits paid by the state (Social Security retirement benefits) on January 1, 1999 were an average of 644,808 lei monthly. In the third quarter, the average monthly income was 685,347 lei (retirement benefits were between 1,000,000 lei monthly and 1,500,000 lei monthly. Only 18,000 retired persons had a higher pension than this amount. In the rural area, the retirement benefits of the agricultural labourers varies between 20,000 and 180,000 lei, while prices increased 22.8% in comparison with December 1998.

The retired persons from the urban areas live in apartment buildings, and 52% of the total have a monthly pension of 522,000 lei. Out of this pension, after paying utilities, a retired person remains with 30,000 lei for food, which is equal to a loaf of bread every other day. More than 60% cannot consume meat and the diet of more then 50 percent of the retired persons is way below the physiologically acceptable limit. The health condition of more than 70%of the total retired persons is deficient, because they do not visit health care facilities until late stages of illness. Because of that, the dissatisfaction of the retired persons has become alarming.

In Romania, in October 1999 were 1,064,500 unemployed persons (source: The National Commission for Statistics). In November, the unemployment rate was 10.8%; as at 31 December 1999 this was 11.5%(1,130,300 unemployed persons) related to the active non-military population. Romania has to face the lasting occurrence of unemployment. Many people are unable to find a job. The

[3] The average national salary as at february, 2000, was 1,748,052lei after tax and 2,276,621 lei before tax, an increase of 1.3% in comparison with January 2000. In the months of January and February 2000 the relationship between the increase of salaries and the inflation rate led to a drop in the purchasing power of 17.6%, in comparison with December 31, 1999. Food registered the highest price increase of 6.8%. In comparison with January 1999, the rate of inflation was 42.4% for food products, 89.8% for services and 60.0% for other goods (source: The National Commission for Statistics, march 2000)

Scanned with OKEN Scanner

employable population is simply being paid with unemployment benefits. The average monthly unemployment benefits were 522,932 lei, in October 1999, social security benefits (other than the retirement benefits) were on an average 266,753 lei, and job training assistance were 295,753 lei. All these amounts are ludicrous in the light of current inflation.

The average duration of unemployment is 16.2 months. Many of the unemployed cease to look for work, thus losing their hope for a better life. More than 54% of them believe that they do not stand any chance of securing a job.

In Romania, as at December 31, 1998 (according to the report released by The National Commission for Statistics and The United Nations Program for Development) over 7.6 million persons were below the poverty line. The poor are defined, according to the statistics of the National Commission for Statistics, as those people who had an average income of 683,436 lei as at September 1999. The National Commission for Statistics considers that more than one third of the population lives below the poverty line. The average salary of about 1,600,000 lei is under $100 (October 1999), being one of the lowest salaries in Europe, as illustrated in the table of the text.

The poorest people live in the eastern part of the country (especially in the north-east region of the country). Less poor people live in the western and northern part of the country (522,000 persons, representing 23% of total local residents).

The greatest number of poor people (60 persons out of 100) are to be found in rural households and among retired persons. Of the total number of poor people, 39% (2,968,000 persons) come from households of employed persons while 26% come from households of retired persons. The most affected families are the largest ones.

* As at January 1, 2000, we entered into the second decade of transition to a market economy. The end of the ten-year period and the beginning of the year 2000 was marked by a series of socio-economic frustrations. The signs of the poverty in which most of the Romanian people live are the backward condition of many cities and 95 percent of villages in the country (the living place of 10,155,000; representing more than 45% of the total population), the lack of the necessary infrastructure for civilised living (asphalt roads, water distribution and sewage networks, electricity distribution network, telephone networks in the rural areas, housing lacking the indoor facilities required to satisfy physiological needs, as well as the shortages in household technical appliances such as radio, TV, washing machine, electric stove, lack of means of transport such as

Scanned with OKEN Scanner

automobiles, motorcycles, bicycles, etc.). The ageing of the rural population and the relocation of young people to the cities due to a lack of motivation to stay in the rural areas, are the factors determining the inefficacy of Law no. 18/ 1991 (amended by law no.169/1997 and law no.1/2000). As long as the land lacks the necessary technical equipment as well as modern management, agricultural production will continue to be inefficient. At present, the existence of small plots of land (approximately 2.3 hectares of household land) will not enable the attainment of any proper economic results, leaving the impression that the privatisation in agriculture is not efficient, and the land will remain uncultivated.

Consequently, it is not surprising that in 1999, an accelerated decline of the Romanian agriculture in comparison with 1998 took place. Unfortunately, this was foreseen for 2000 also. Therefore wheat and rye production was 10.1% lower than in 1998 (a year with an inadequate agricultural output); barley and two-row barley was 17.7% lower than in 1998; the sugar beet yield was 40.1% lower and the fruit yield was 9.2% lower than that in 1998. Some increases could be noted with grain growing (a 26.8% increase in maize harvest, potato yield (+19.2%) oleaginous plants (+21.9 per cent) (Source: The National Commission for Statistics, February 2000). Animal husbandry continued to be in a less developed state in comparison with the previous years. Thus, livestock number decreased (swine and goats –17.%; sheep –5.2%). The number of cattle increased insignificantly (0.4%) the equivalent of 12,200 head of cattle. (Source the National Commission for Statistics, February 2000).

Romanian exports increased in 1999 by 2.5% (8.5 billion dollars), and imports decreased (9,304.9 million dollars) this contributed to a decrease in the deficit on the foreign market which amounted to 3,093.5 million dollars in 1998 and 1656.5 million dollars in 1999). It must be mentioned here that the overseas debt was reduced because of massive reduction of importation of electric power and a diminution in the activity of electricity intensive industries.

We would like to point out again that in early 1999, the state budget calculated on an anticipated inflation rate of 25%. The inflation rate was 100.6% (not the 25% estimated). The inflation rate was 54.8% in comparison with that of December 31 1998 and not 25% as planned.

The 2000 proposed budget is 236,000 billion lei proceeds (32.8% of GDP) and 257,700 billion lei expenditure (35.8% of GDP) (a budget deficit of 3% of GDP). The Gross National Product for 2000 is 725,000 billion lei). The estimated inflation rate for 2000 is 27% at an exchange rate of the US dollar of 20,500 lei. (Source the National Commission for Statistics, February 2000).

Scanned with OKEN Scanner

The beginning of the second decade of transition to a market economy was marked by the nation-wide schoolteachers' strike (the teaching staff from Universities also joined in). The objective of the strike was the implementation of 4 per cent of GDP for education (this provision already existing in the Law of General Education). There were dissatisfactions in other sectors of economy too. The claims were understandable; the people on strike demanded jobs and decent salaries to bring their salaries in line with price increases.

It is also worth mentioning that in early 2000 there were around 788,000 illiterates aged 12years or over; representing approximately 4% of the total population (Source the National Institute for Educational Studies, the National Commission for Statistics). The data were made public in the report of the Romanian authorities issued for the UNESCO conference "*Education for All in Europe and North America*" that took place in Warsaw (6-8 February 2000). Among adult illiterates, women make up 75% of the total number; people aged 65 or over make up 52 per cent. In the adult group for people aged 34 years and below, there is a higher rate among individuals aged between 15 years and 19 years. The increased proportion of illiterates or school dropouts encountered amongst adolescents in the rural areas as well as in the areas undergoing an economic recession is noteworthy. The fact that the number of university students from the rural areas is on the decrease (National Commission for Statistics, February, 2000).

Forecasts of economic restructuring at all social levels also contribute to the above-mentioned general condition and have a negative impact on the citizens (currently 11.5% of the active work force is unemployed). These economic re-organisations mean more layoffs, leading to an increase in the unemployment rate, and implicitly to poverty. This situation affects also the psychological state of the people without a job, generating the sense of futility and guilt. The "unemployed" and "retired" status is regarded as a shame. However, at the end of the first decade of transition, in spite of a general dissatisfaction, of frustration and diverse shortages, the most recent opinion polls indicate that the Romanian people support the continuation of reforms (we quote here the I.S.O.P. public surveys made by "Romania de Maine foundation" between 2 and 8 January 2000). These public surveys indicate that 69%of those interviewed consider the reform as a necessary process, thus viewing the direction in which Romania has taken as the right one, the integration in the European Community is also regarded favourably. Most of them consider however that the reform process has been badly managed. In the same public survey, in answer to the question "which domains do you consider that the

Scanned with OKEN Scanner

Government should support so that Romania may overcome the economic crisis?" agriculture ranked first (43.74%), industry was second (18.82% and tourism (7.07%).

The Prime Minister presented, in the government report "*The medium term strategic outlines for Romania*", the medium term strategy of development for the period 2000-2004, with a view to 2008-2010. In his opinion, a series of economic and social priorities need protection and support (speeding up the privatisation of the unproductive state enterprises, the proceeds being used to repay the overseas debt; achieving an economic growth of 6-7% of the GDP; following-up the European Community integration process; improving the general living standard on the basis of an efficient and practical strategy, based on the knowledge, acceptance and willingness to improve the current socio-economic condition.

The economic indicators for 1999 were totally unfavourable for the Romanian economy (the National Commission for Statistics, February 2000). We have witnessed a decrease in the gross industrial output (8.0%) in comparison with the decreases of over 23% in 1997 and 1998. This decrease continues to be manifest in all sectors. For instance in the metallurgical industry, the decrease in the output was 36.5% in 1999; in oil processing industries and in coal carbonisation the output was –26.3%, in the electronics industry (equipment and radio sets) the production was -25.1%; in the textile industry the decrease was 23.9% and in the plastics and rubber processing industry the decrease was 23.4%.

In minor industrial sectors of the economy, some relevant increases could be noted: garment industry (+13.8%), cellulose and paper (+10.7 per cent), furniture (+11.4 per cent). An outstanding increase in the output of medical instruments and equipment was noted. However, this industrial sector is underestimated in our economy (+35.4 per cent).

* **Transition and the health status of the Romanian population.** The consequences of the long term poverty that mirrors the lowering of the living standards accounts for the deterioration in the health of the population (see Chapter II, section III) as well as the inadequate physical and mental development of the population.

Recent scientific investigations performed in the rural areas indicate an alarming increase in cardiovascular disease, TB, and mental illnesses. More than 2% of the population in some villages are psychologically disturbed, with a strong

Scanned with OKEN Scanner

increase among the underaged. About 50 per cent of the total number of children and young people that were investigated had an intellectual coefficient of less than 60 per cent. This is due to insufficient nutrition, hypovitaminoses, and a diet lacking in minerals and trace elements especially in animal proteins.

The medical reports received from the majority of military recruiting centres in the counties reveal the frequency of cardiovascular, digestive and neuropsychiatric diseases. "*The physicians in the medical commissions have become alarmed by the great number of neuroses, phobic and personality disorders". Another cause for concern is the sharp decrease in the intelligence quotient, especially with individuals living in the rural area which makes them unfit for military service. The 20-year olds have developed ulcers because of the poor material conditions in which they live. In addition, because of the daily stress caused by the uncertainty of living conditions, these young people have developed cardiac or behavioural disorders. Does this not give cause for thought?* (A.I., „România Liberă", no.86/1999)

In a classification of the health of the population of the European countries, based on fourteen health indicators, Turkey, Hungary and Bulgaria were better off than Romania (Health Care 1998).

* The conclusion has been reached on the basis of an analysis of the Romanian socio-economic structure after 1990, including the income of the population, the living standards and medical care, based on the health index, that there is a close connection between the low living standard, the inadequate medical care and the general health of the population. The health index between 0.482 and 0.500 indicates a weak health; good health has a health index under 0.482. This evaluation enabled us to consider that healthy conditions have ceased to exist in all districts of the country. Five standard indicators such as: infant mortality rate, life expectancy, deaths from cardiovascular diseases, deaths from respiratory diseases and deaths caused by cancer were all taken into consideration when evaluating the health index. The influence of some factors such as living standard, quality of medical services and environmental pollution was analysed in evaluating the disparity of the regional health index. Medical services index was determined by taking into account the number of residents per physician, number of medical consultations performed on 1000 inhabitants, level of medical care, the health allocation per resident etc.

By comparing the following periods 1970-1975, 1990-1995 and 1997 in Romania and in seven European countries, of which three of were neighbouring countries (Bulgaria, Hungary Poland) and three of them were

Scanned with OKEN Scanner

western countries (France, Italy, Holland), the general mortality rate shows that until 1997 mortality was on the increase in Romania, Bulgaria and Hungary and on the decrease in the other countries under study. The analysis of the mortality rate between 1991 and 1993, performed on causes of deaths in 18 European countries indicate that the mortality rate is higher in the eastern countries than in the western countries.

On analysing the mortality rate in Romania, in the rural and urban areas in 1998 one can note the increasing mortality rate differentiated by areas. The average national mortality rate was 12 per 1000 people, of whom 15.3 per 1000 were living in the rural areas and 9.2 per 1000 were living in the urban areas. A reason for this difference in the mortality rate might be explained by a larger number of old people aged 65years and over who live in the rural areas (17.1% in the rural areas and 9.2% in the urban areas)

The infant mortality rate, analysed by comparison in the same countries and in the same periods of time, indicates that Romania ranks high on the list of countries with the highest mortality rates (40 per 1000 in 1970, 23 per 1000 in 1990 and 22.3 per 1000 in 1997 and 20.5 per 1000 in 1997) in comparison with all the other six countries. It was found that the eastern European countries had a doubled mortality rate in comparison with the other western countries.

From the analysis of deaths caused by cardiovascular disease, it was ascertained that in Romania cardiovascular disease are the main cause of death (62.09% in 1996, 61.44% in 1997 and 61.8% in 1998 of the total number of deaths). Actually, in the western countries and in the U.S.A. there is a drop in the number of deaths caused by cardiovascular diseases approximately two-thirds in comparison with 1970's, whereas in Romania we have a steady increase (458.1 per 100,000 in 1970, 627 per 100,000 in 1990 and 739 per 100,000 in 1998.)

By way of comparison, we present below some data from France where deaths caused by cardiovascular diseases in 1996 accounted for 28.8% of the total, occupying the second place after deaths caused by cancer (32.2%).

From the analysis of the number of deaths caused by cardiovascular diseases, the highest mortality rate can be found in the western and south-western districts of the country whereas the lowest mortality rate can be found in the middle and eastern districts of the country.

According to the mortality rate per 100,000, the districts can be classified as follows (in 1998):

Teleorman - 1273; Sălaj-1107; Giurgiu -1051; Arad - 1004; Brăila - 927; Bihor-892; Dolj - 965; Mehedinți - 944; Olt - 951; Caraș-Severin - 873; Călărași - 873; Vâlcea -868; Alba - 822; Ialomița - 805; Cluj - 788; Satu Mare - 795;

Scanned with OKEN Scanner

Dâmbovița - 776; Botoşani - 769; Timiş - 767; Mureş - 760; Hunedoara - 753; Harghita - 753 and Ilfov -739.

The analysis of deaths caused by cardiovascular diseases shows the following:

- All 14 districts from Ardeal (the districts with mortality rates below the average national mortality rate are also included here) indicate as a main cause of death, the existence of *ischaemic cardiopathy*. The dietary analysis indicates that the predominant diet was hypercaloric, hyperlipidic, with a high intake of proteins of animal origin and an increased consumption of alcoholic beverages.

- A number of 13 districts out of 15 districts of Oltenia and Muntenia, indicate as the main cause of deaths cerebrovascular accidents (with the exception of Arges and Prahova districts). The dietary analysis indicates significant deficiencies: hypocaloric and cereal rich diet, poor intake of animal proteins, fruits, vegetables and a high intake of animal fats as well as a heavy consumption of alcoholic beverages. In three districts out of 15 the mortality rate is below the average national mortality rate.

- In Bucharest, deaths from ischaemic cardiopathy are predominant (the mortality rate is below the average national mortality rate).

- In Moldavia, we find the lowest number of deaths caused by cardiovascular diseases (seven out of eight districts are below the average national mortality rate).

- In 22 out of 41 districts as well as in Bucharest the principal cause of death is "ischaemic cardiopathy" (14 of these districts are located in Ardeal region).

- In 19 districts deaths caused by cerebrovascular diseases are predominant. These districts are the poorest districts in the country too.

Deaths caused by cancer have had a slow ascending course, ranking second nation-wide.

Deaths caused by respiratory diseases indicate a recrudescence of TB (the disease of extreme poverty). Every year 25,550 individuals contract TB and 2,555 die. Only in the first months of 1999, the increasing rate of TB was 10 per cent higher than in 1998. Respiratory diseases, other than TB can be found in 5.92 per cent of the total deaths.

From the analysis of the health condition by districts, on the basis of the health index one can note a deterioration of the health condition in 1997 in comparison with 1994. In 1994, 21 districts had satisfactory health, nine districts had vulnerable health and 11 districts had poor health. In 1997, a good health status was found in 13 districts, a vulnerable health status was still found in 13 districts and 15 districts had a poor health status.

Scanned with OKEN Scanner

An analysis of the average state of health of the populace (rural and urban) shows that in the rural areas, the state of health is affected in 29 counties while it is affected in only the urban areas of only 19 counties.

The analysis of life expectancy in Romania indicates that Romania has the shortest expected life expectancy compared with the life expectancy in the other six countries mentioned earlier.

The analysis of the state of health in Romania in 1997 and 1998 show that the serious decline in the state of health in Romania is due to a diminished living standard and poor medical care.

*** The diet of the Romanian population during the period of transition.**

From 1990-1999 the diet of the population (after a significant improvement during 1990-1991), continued to be in the same state as before 1989 and during 1997-1998 the diet condition deteriorated, although apparently, the ample supply of foodstuffs on the market does not seem to indicate that. This situation has serious consequences on the state of health.

This is explained by the socioeconomic conditions existing in Romania in the last ten years, characterised by:

a) a decrease of the industrial output and the winding up of some large industrial facilities without a development of the small or middle businesses;

b) a high unemployment rate;

c) a decrease in the agricultural yield, and in most branches of this sector.

All these aspects extended in time led to a constant lowering of the living standard.

In the report entitled "*Background of poverty, dimensions and facts*" made public on October 20 1999, specialists from several institutions (The Institute for Economic Studies within the Romanian Academy, the Institute for the Research of the Quality of Life, The United Nations Program for Development, the National Commission for Statistics) show the critical living standard that currently exists in Romania. In this report, the Government was informed that more than 7.6 million people live below the poverty line (the current population is now 22,500,000); a proportion of 60 out of 100, live in the countryside or are unemployed. "*The more numerous a family is the poorer the family members are; especially when the number of children is larger.* (The National Commission for Statistics).

"*In the rural areas more than 50% of the people investigated have mental disorders, and the intelligence quotient is low, under 60% of the normal. This fact causes the ingestion of a poor diet, lacking in vitamins, minerals, trace*

Scanned with OKEN Scanner

elements and other necessary nutritional components. (Dr. Mioara Rădulescu, "Romania Liberă", November 30, 1999)

This finding is also mentioned in the reports received from the military recruiting centres in the counties. Due to significant deficiencies in physical and mental development, a great number of young people called up for the compulsory military service are rejected by these regional centres.

A recent survey conducted by the National Commission for Statistics (the inquiry on households) on a sample of 36,000 households by 501 research institutions located in various parts of the country during July 1998-June 1999 (published by "Adevărul" newspaper in January 24, 2000 and signed by Ilie Ștefan) reveals the following: in the period investigated, a household was spending monthly around 2040.6 thousand lei (the average national gross income was around 2084.1 thousand lei; the income of entrepreneurs exceeded the average income by 2.3 times, and the income of the unemployed was only 76 per cent of the average income. (It should be mentioned that for every hundred lei gross income, more than 23 lei is paid as income tax, the contribution to the pension funds, and the unemployment benefits.) The total personal expenditures averaged 3767.0 thousand lei with business owners, 2756.1 thousand lei with employees and 1928.1 thousand lei with the unemployed and the retired. The population consumes 55 per cent of their income on food; the unemployed persons have only 262.8 thousand lei a month available for food, which means 10,000 lei (ten thousand lei) per person. (Currently the 1.1 million unemployed persons represent 11.5 per cent of the total employed labour force).

The employed spent 490,500 lei a month per person for various services, that is 16,000 lei per day. The households' personal resources (29% in the rural areas and 58% in the urban areas) covered approximately 37% of the total expenditure for foodstuffs and beverages, a characteristic for poor populations with a low living standard). The structure of food purchased for eating at home indicates that bread and cereals, meat and meat products, edible oil and potatoes accounted for 57.0% of this. The expenditure on goods other than foodstuffs account for 281,251 lei per household belonging to an employee, that is around 85,230 lei per person (more than half of this amount is spent on clothing and fuel).

With regard to personal expenditure for services, the following accounted for a large share –about 60%: electricity, water supply, sanitation, and telephone bills. *Amounts set aside for medical care, hygiene, tuition and recreation are insignificant.*

We will consider three historical periods that followed World War I: the inter-war period is the first; the second period extends from World War II to

Scanned with OKEN Scanner

1989, and the third period is the one between 1990 and 1998. In order to obtain a global picture of the diet of the Romanian population during the three historical periods, we present a series of comparative data of the dietary factors related to the main foodstuffs in 1933,1982,1992 and 1998. These data are taken from *the Romanian Encyclopedia,* and were written by D. Gusti in 1938, Statistical bulletins from those periods, documents published by the National Commission for Statistics for the period of 1990-1999 and the documents published by the General Department for Statistics from The Ministry of Health for the period of 1990-1998.

- The daily consumption of meat and meat products per person was 250 g in 1933, 165 g in 1982 and 125 g during 1992-1996. In 1997, meat consumption was 119.4 g and in 1998, it was 118 g per person. The National Commission for Statistics offers data that are even more precise: 77.5 g meat and 30.1 g meat products per person per day in 1997, and in 1998, the daily consumption of meat and meat products was 76.2 g per person and 30.1 g per person respectively.

- The daily milk intake was 200 ml per person in 1933, 500 ml in 1982, 448 ml during 1992-1996, and 180 ml during 1997-1998.

- The daily consumption of cereals declined from 440 g per person in 1993 to 360-380 g per person in 1982 and 385 g per person in 1992. Between 1993-1996 the daily consumption of cereals and cereal products varied from 360 and 380 g per person, amounting to 330 g of bread and 122 g of cereals per person per day in 1997 and 328 g of bread and 125 g cereals per person per day in 1998. The shortage compared with the optimum quantity was compensated for by a high intake of maize (Indian corn) flour especially in the rural areas. In 1998, the daily intake of maize flour was 118 g per person and the national average maintained at 53 g per person per day, by far exceeding the quantity of 33 g per person per day which was the maximum recommended allowance of the National Institute for the Research of the Quality of Life in 1998.

- Egg intake was 296 per person in 1982, 197 per person in 1992, 168 per person in 1997 and 175 per person in 1998.

- The daily consumption of vegetables was 330 g per person in 1933, 450 g per person in 1982, and fell to 276 g per person per day in 1992. Between 1993-1996, the consumption of vegetables remained between 306 and 309 g per person per day. In 1997, the vegetable intake was 237 g per person per day and in 1998, it amounted to 248 g per person per day.

- The daily fruit consumption fell from 460 g per person in 1933, to 230 g in 1982 and 130-g per person in 1992. From 1993 to 1996, fruit intake fell from

Scanned with OKEN Scanner

176 g per person to 138 g per person per day. Between 1997 and 1998, the daily intake of fruits was reduced to 70 g per person, and 72 g per person respectively. In this period, one can note the lowest intake of fruits ever.

- The daily sugar intake was 33 g per person in 1933, 60 g per person in 1982, and 67 g per person in 1992, with a variation between 65g and 68g during 1993-1996. During 1997-1998, the daily sugar intake was 29 g per person and 30 g per person respectively.

In the tables presented in detail in this chapter, one can analyse the values of all food categories consumed between 1990 and 1998 (sources: The National Commission for Statistics).

From the analysis of the dietary structure classified by social categories of population, one can note a significant differentiation underlined by the National Commission for Statistics in its publications of October 20 1999 (for the years 1997 and 1998).

Therefore the highest daily meat intake (154 g per person) occurs among business owners and their families whereas the lowest consumption occurs among the unemployed and the peasants (96 g per person), self employed (100 g per person per day) and retired persons (210 g per person per day).

The highest daily milk and cheese intake occurs among the families of entrepreneurs (164 ml milk per person, 37g cheese per person respectively, and the lowest daily consumption can be found among unemployed (150 ml milk per person per day, 28 g cheese per person per day), self-employed/free lance (139 ml per person and 26 g cheese per person respectively).

The egg consumption was higher in the families of entrepreneurs, where 26 g were consumed per person daily, a lower intake was found in the families of the unemployed (21 g per person daily) and among the free lance/self employed individuals (21 g or 2 eggs every five days).

With regard to fish intake, business owners consumed daily 13 grams per person whereas the unemployed and the self-employed consumed only 8 grams per person.

The business-owners and their families, rank first as far as the fruit intake is concerned. They consume daily 117 grams per person in comparison with the unemployed who consumed 56 grams per person daily and the peasants who consumed 53 grams per person daily.

Bread consumption, which was 145 grams in 1998, an average of 10 kg per person per month (daily 333 g per person), was highest among retired persons and employees (daily 344 grams per person) and the lowest intake was found among countrymen (daily 304 grams per person). The peasants

Scanned with OKEN Scanner

supplement the bread intake with mashed cornmeal "mamaliga"(121 grams of maize flour per person per day in comparison with the national average, which is 67 grams per person per day). The average national consumption of maize flour was double in comparison with the recommended requirement (a daily allowance of 33 grams per person).

The average national consumption of potatoes in 1998, was 145 grams in comparison with the optimum necessary requirement of 190 grams; retired persons were eating daily 153 g per person and the peasants were eating 141 grams per person.

Regarding vegetables, in 1998, the average national intake was 238 grams per person per day, the optimum requirement being 350 grams per person per day. entrepreneurs and pensioners consume the largest quantity of vegetables (daily 268 grams and 280 grams per person respectively) the unemployed consume the lowest quantities (205 g per person per day).

Peas, beans and other similar plants are consumed on an average of 23.3 grams per person per day (daily 10 grams per person being the recommended allowance). Countrymen (30 grams per person per day) and the retired persons (27 grams per person per day) consume the largest quantity whereas the business owners consume the smallest quantity (15 g per person per day).

The average national consumption of alcoholic beverages (78 ml per person per day) as can be seen from the data issued by the National Commission for Statistics) is confirmed by the inquiries performed on various samples of population around the country (between 38 ml per person per day in Constanta and Bucharest, 214 ml per person per day in Tulcea, and 173 ml per person per day in Vrancea). The harmful effect of alcohol against the background of a low protein diet is well known.

From the analysis of the dietary structure, one can observe that the low living standard is the principal cause of all dietary disturbances of the population and that the steady differences are directly related to the economic condition and the nutritional education of the citizens.

The analysis of the caloric component (normal values during 1990-1996, and greatly reduced during 1997-1998) indicates that we are dealing with an unbalanced caloric structure (24-25% are of animal-origin and 75-76% are of vegetable origin.

During the 1997-1998 period, we witnessed a serious deterioration of the living standard of the entire population of the country; the caloric intake decreased to 2587 calories in 1997 and to 2624 calories in 1998.

The national caloric structure is: 79% vegetable origin and 21 per cent animal origin. The animal proteins represent only 39% of the total protein value

Scanned with OKEN Scanner

in comparison with the normal value of 50%. In addition, animal fats account for 68% of the total fat intake (as shown in the inquiries performed on various samples of population).

Occurrences of cardiovascular diseases have decreased significantly in USA since 1970 and in Western Europe since 1975. The mortality rate fell from 700 - 800 deaths per 100,000 residents to 200 - 350 deaths per 100,000 residents. In France, we find the lowest mortality rate (195.1 deaths per 100,000 residents), being 10% lower than the mortality rate in USA, 15% lower than that in Germany and 21% lower than the mortality rate in Scotland, etc. What needs to be underlined is the fact that the dietary knowledge was inculcated in the people and this is common with all these countries. (The people welcomed the medical propaganda, aggressively publicised through the mass media, however this fact does not justify the differences). Ducimetière is the first who observed "the French paradox": in France one could find 50% fewer cases of heart attack than in USA or other countries while similar risk factors can be found: high blood pressure, high cholesterol, smoking, high unsaturated fat intake. The explanation is the following: more than 85% of the entire population of France consumes wine, especially red wine. The protective element found in wine-polyphenols, especially resverathrol has a strong antioxidant action, more than 50 times stronger than vitamin E. Resverathrol is also a platelet inhibitor similar to aspirin. Drinking alcohol in small quantities (6-30 g alcohol per person daily) has a favourable effect and this effect is even more favourable if it comes from red wine (two glasses of wine consumed after lunch and dinner, but no more than that).

The „French Paradox" according to the hypothesis of Malcolm et al. (Great Britain, 1999) is a result of the fact that the French, until to the years 1965-1970 consumted less animal fat than others westerners (e.g. the British) and also that hypercolesterolaemia, the result of a diet rich in animal fat, require a prolonged period of time to produce cardiovascular disease (the time-lag explanation).

* It is pertinent to mention here the comparison of the "Romanian paradox" with the "French paradox" through the results obtained in a recent investigation performed in a part of northern Romania. This was carried out in an isolated part of the countryside in Moldavia, where the main occupations are forestry (hard work),agriculture and, as a complementary occupation, animal husbandry (practised especially by women and adolescents). The characteristics of this group are a calorie adequate diet (matching the physical work carried out), consisting of 55% animal calories and 45% vegetable

Scanned with OKEN Scanner

calories; a moderate intake of alcohol -under 30 g alcohol daily per resident- (only 12 per cent of men exceeded this value) and almost non-existence of smoking (under 10 per cent of men), this being a regional characteristic. Unlike the French, the values of cholesterol are low, an average 189mg%, and the blood pressure indicates high values only in 10 per cent of the population. In this place we find the lowest general mortality rate, the lowest infant mortality rate, the lowest percentage of deaths caused by cardiovascular diseases, and the highest level of life expectancy in Romania, although the animal fat intake is very high (more than 61 per cent).

* *
*

The lifestyle, the living standard as well as the catastrophic effects of the transition period on the health condition of the Romanian population during 1990-1999 has been described in detail in the previous chapters. To sum up, we give below a brief presentation of the harmful factors that contributed to the serious deterioration of the health of the Romanian population:

1. The socio-economic stress that accompanies the long-drawn transition process. Added to this is the heavily deteriorated economic condition in the last three years continuing into the year 2000. Our country is now one of the weakest members of CEFTA. The annual average decrease of the industrial output during 1991-1999 was 7.15 per cent (the industrial share of the GDP decreased below 18 per cent). In 1999, GDP decreased by 3.2 per cent in comparison with 1998. Per resident, The Gross Domestic Product was only 27.8 per cent of the GDP (per resident) in the European Community.

The proportion of the population working in the agricultural sector, in spite of all the disadvantages existing in the Romanian rural sector, exceeds 38 per cent in comparison with European Community countries, where the population working in agriculture accounts for less than 10 per cent, and in USA this proportion is even less than 3 per cent. The share of the agricultural sector in the Gross Domestic Product continued to decrease in Romania, from 20 per cent in 1990 to 13.9 per cent in 1999. The level of foreign investment in Romania is the lowest among the countries undergoing the transition period to a market economy: less than Euro 200 per resident.

The budget for 2000 is not yet approved and we do not know if this is going to match the optimistic forecast of the government.

Scanned with OKEN Scanner

2. The dire poverty of a large number of the population; according to PNUD and CNS report of September 1999, in Romania, there were more than 7.6 million people (approximately 34 per cent of the population) living below the official poverty line, which was considered to be at that time, from the financial standpoint, about 683,436 lei per person, the dollar exchange rate being at that time 16,423 lei.

3. High unemployment rate which accounts for 11.5 per cent of the active population in the country (the unemployment benefit for October was around 522,932 lei per person).

4. Low earnings of the retired (the average pension being 644,808 lei per person). The number of the retired persons exceeds 5,900,000.

5. Low earnings of the active population (the average monthly salary being approximately 1,600,000 lei per person.

6. High percentage of expenditures on daily food (on an average 55%of the total expenditures goes to daily food, of which 57 per cent is spent on bread and cereals). We mention that in the western countries, the expenditures on food account for less than 10 per cent of the total personal income.

7. Insignificant amounts spent on medical care, hygiene and recreation.

8. Insufficient and improper diet (from the quality point of view). Although the caloric value is sufficient (excepting the 1997-1999 period), the diet is of poor quality: more than 79 per cent of the energy supply comes from vegetable sources (the calories coming from cereals and dry vegetables) and only 21 per cent is of animal origin. Animal fats are predominant (lard, bacon, fat pork meat) in Ardeal, Banat, Muntenia Plains, Oltenia and in other areas. Moreover, a faulty preparation of food is predominant, some traditional dietary habits continue to exist (roasted flour, fried food).

9. High intake of alcohol both in the rural and urban area. In Muntenia Plains, Oltenia, Ardeal and other areas, the daily alcohol intake varies between 70-200 g per person. The national average daily consumption of alcohol is 78 ml per capita (The National Commission for Statistics, 1999). It should be mentioned that cheap alcohol beverages are predominant (either household made or fabricated). These beverages are highly toxic due to their high methyl alcohol content, high-grade alcohol, heavy metal content, etc.)

10. Increased number of heavy smokers in the urban and rural area, both among men (42 per cent) and adolescents (40 per cent) and women (15 per cent).

11. Due to modest monthly earnings, the population can not follow proper treatment or seek medical care in out-patient or in-patient clinics. On top of that, there is a lack of basic sanitary education for the preparation of food.

Scanned with OKEN Scanner

All these factors determine the emergence of health disorders and an increase in the mortality rate through cardiovascular diseases (ischaemic cardiopathy, cerebrovascular accidents etc.), TB, cancer, respiratory diseases, and so on.

* *
*

All these factors made Romania the country with the highest infant and general mortality rate and for this reason Romania ranks first in Europe in terms of deaths caused by cardiovascular diseases, TB, respiratory diseases and so forth.

As long as the economic means cannot secure a proper living standard for the entire population, a qualified medical assistance and an efficient medical education for all walks of life Romania will continue, unfortunately, to occupy this humiliating place among the European countries.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

REZUMAT

***Istoria omenirii - Istoria alimentației.** Condițiile istorice concrete și-au pus amprenta asupra unui mediu coerent de organizare socială, administrativă, juridică și religioasă a acelor popoare care în antichitate au devenit civilizații istorice. În decursul existenței lor, acestea și-au constituit un profil de marcată originalitate, devenind adevărate modele pentru popoarele din jur, aducând contribuții substanțiale patrimoniului de valori ale omenirii.

În sfera civilizației, definită prin tot ceea ce aparține orizontului satisfacerii nevoilor materiale, confortului și securității, factori prin excelență de natură utilitară, un loc important îl ocupă alimentația. Cunoașterea etapelor parcurse în evoluția alimentației din cele mai vechi timpuri și până astăzi a permis sublinierea punctelor comune, precum și a deosebirilor existente dintre modul de hrănire al strămoșilor noștri, începând cu epoca preistorică și cel al omului modern, favorizând deschiderea unor noi piste de cercetare în acest domeniu.

Umanitatea există de aproximativ două milioane de ani, iar strămoșii preumani ai hominizilor au apărut cu cel puțin patru milioane de ani în urmă. Alimentația disponibilă hominizilor care au trăit cu sute de mii de ani în urmă a depins de evoluția paleontologică, de localizarea geografică și condițiile sezoniere.

Strămoșii noștri au menținut versatilitatea alimentară a hominizilor ce caracterizează cele mai multe primate. Structura genetică umană s-a schimbat relativ puțin de la apariția omului modern, *Homo sapiens*, cu aproximativ 40 000 de ani în urmă. Diferențele dintre regimurile din perioada actuală și cele ale strămoșilor noștri par să se găsească la originea multora din bolile civilizației. Este convingerea multor cercetători că obiceiurile alimentare adoptate în ultima perioadă de timp se găsesc la originea unor boli ca ateroscleroza, unor forme de cancer sau boli ale supraalimentației și subalimentației.

Hominizii, care au apărut cu circa 4 000 000 de ani în urmă, aveau o alimentație foarte bogată în carne. Apariția omului modern de tip *Cro-Magnon* menține interesul pentru vânătoare, carnea asigurând 50% din hrană. Treptat, se ajunge la agricultură și îmblânzirea animalelor, la viața sedentară. Agricultura determină scăderea consumului de carne, ducând la schimbări în structura anatomică a omului, care consuma carne din abundență cu 30 000 de ani în urmă. Omul scade în înălțime și

devine mai puţin robust. Hrana omului din Paleolitic semăna cu cea a omului de astăzi. La un necesar de 3 000 kcal/zi, 35% era reprezentat de carne, iar 65% de plante. Se ingera zilnic aproximativ 788 g carne şi 1 463 g vegetale. La regimul de mai sus, cantitatea totală de proteine era de aproximativ 251 g zilnic, din care aproximativ 190,7 g erau proteine animale, iar 60,4 g proteine vegetale. Erau consumate pe zi circa 71,3 g lipide, din care cele animale reprezentau aproximativ 29,7 g/zi, iar 41,6 g/zi erau lipide vegetale. Se consumau aproximativ 333,6 g/zi de glucide şi 45,7 g/zi fibre alimentare. Omul de tip *Neanderthal* şi apoi cel de tip *Cro-Magnon,* fiind mari consumatori de carne, avea oase mari şi constituţie robustă şi o înălţime cu 10-12 cm mai mare faţă de înălţimea medie a omului din zilele noastre, datorită aportului crescut de calciu, vitamine şi proteine din carne. Consumul de calciu (Ca) era de 1 529,2 mg (faţă de 1 000 g de calciu cât este consumul omului din zilele noastre). Proporţia de sodiu (Na) reprezenta 1/6 din consumul omului contemporan.

În epoca neoliticului târziu (mileniile 5 - 2 î. Hr.) apar vasele de lut ars care permit coacerea completă a alimentelor. Aceasta distruge vitaminele; apar diferite avitaminoze, rahitismul, scorbutul etc. Apar cariile dentare.

La egipteni alimentul de bază era pâinea şi celelalte produse din făină preparate la soare. Datorită lipsei focului egipteanul de rând consuma mâncărurile crude (nefierte, neprăjite). Ţăranii consumau mult peşte proaspăt, uscat sau sărat. Porcul, socotit de preot animal necurat, era totuşi consumat de popor o dată pe lună. Vaca şi berbecul erau considerate sacre. Se consuma însă frecvent carnea de raţă, gâscă şi hienă. Alte alimente consumate erau laptele şi produsele lactate, rădăcina de lotus, tulpina de bambus. Ca băuturi se consuma berea de orz, vinul de curmale şi vinul de struguri care era consumat mai ales de cei bogaţi.

La evrei, în perioada nomadismului, baza alimentaţiei o forma pâinea de orz nedospită, brânza şi laptele acidulat. Carnea se consuma cu anumite interdicţii. Ei mâncau carne de oaie, capră, vită, cerb şi căprioară, adică animalele cu copita despicată. Era interzis consumul cărnii de porc, cămilă, iepure şi al unor păsări. Perşii mâncau pâine nedospită sau mămăligă de mei, lapte, zarzavaturi. Carne, vin sau bere consumau numai la sărbători. În India se consuma orezul, cu multe legume, precum şi mâncarea de grâu sau orz fiert sau prăjit (cu ulei de susan, in sau muştar). Foloseau foarte multe plante. Carnea era un lux. Consumau peştele (cu excepţia brahmanilor care nu mâncau carne şi peşte). Carnea se pregătea fiartă. La chinezi alimentaţia era formată din făină de mei (mămăliga de mei), în nord, iar la sud, din orez. Grâul şi orzul au rămas pe plan secundar. Vinul era un lux. Chinezii n-aveau restricţii la consumul de carne. Se consuma multă carne de porc, câine şi peşte sărat. Ei nu consumau lapte. Chinezii au dezvoltat o artă

Scanned with OKEN Scanner

culinară rafinată, cu sute de feluri de mâncare. În Japonia, baza alimentației o constituiau orzul, meiul, bobul, orezul și o gamă bogată de legume. Se consuma carne de vânat, pește și crustacee. Japonezii nu consumau fructe. Zahărul și ceaiul au fost importate din China în secolul VIII. Japonezii consumau alcool preparat din orez.

În America, aztecii cunoșteau agricultura. Baza lor alimentară era fasolea și porumbul, precum și agava. Consumau și carne de curcan, carne de vânat și pește.

Grecii mâncau de două ori pe zi, o lipie formată din făină de orz, ovăz sau grâu, măsline, pește sărat sau afumat, ceapă, usturoi, brânzeturi, lapte de capră. Regimul varia după regiuni sau stare economică. Peste tot carnea și vinul erau rezervate celor bogați.

Hipocrate a arătat rolul terapeutic al alimentației. El a observat influența mediului extern asupra stării de sănătate. „Dieta" însemna în limba latină ca fiind tot ceea ce se referă la sănătate: aer, hrană, temperatură, odihnă, exercițiu fizic etc. Sensul în care „dieta" e sinonim cu „restrângerea alimentară " nu aparține lui Hipocrate, ci este mult mai vechi. Herodot menționează că egiptenii considerau hrana „sursa tuturor relelor". Pitagora (Pythagoras) (c. 580 - c. 500 î. Hr.), filozof și matematician grec, a adoptat aceeași concepție. Toată medicina veche până la medicul german Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) este adepta acestei concepții. Hipocrate, din contră, considera că substanțele care hrănesc organismul uman se compun din aceeași materie ca și ființa umană, ființa vie. Căldura ființelor vii este întreținută de alimente, de focul pe care-l conțin. În lucrarea intitulată *Despre regim* Hipocrate definește, de fapt, rația de întreținere care în epoca noastră este redată cu ajutorul caloriilor. El considera că *„hrana este necesară întrucât alimentul conține părți din tot ce există în corpul omului"*. El este cel care, spre deosebire de egipteni, prescrie exercițiile fizice.

Multe din alimente nu erau cunoscute pe vremea lui Hipocrate (nu vorbim de produsele rafinate, apanajul ultimului secol al vremurilor noastre). Nu erau cunoscute fasolea, sparanghelul, vinetele, conopida, roșiile, cartofii, citricile, cafeaua etc.

Roma lui Cicero Marcus Tullius (106 - 43 î. Hr.), Horațiu (Quintus Flaccus Horatius) (65 - 8 î. Hr.), Ovidiu (Publius Ovidius Naso) (43 î. Hr. - 17 d. Hr.), și Seneca cel Tânăr (Lucius Annaeus Seneca) (4 î. Hr. - 65 d. Hr.), se ridica împotriva abundenței alimentare, a supraalimentației omului, promovând regimul de abstinență alimentară. Alimentația vechilor romani era frugală. Pâinea a ajuns un aliment comun abia în sec. al II-lea î.Hr. Până la acea dată se consuma un fel de terci de mei sau din făină de grâu, fiert în apă sau în lapte, la care se adăugau ouă, brânză, miere, condimente diferite. Baza alimentației o formau legumele (varza, ceapa, usturoiul, sfecla albă, lăptucile, urzicile, ridichile, fierte sau crude). Se consuma carne de capră, oaie și, foarte rar, carne de vacă. Dintre păsări, erau

Scanned with OKEN Scanner

preferate în alimentaţie carnea de gâscă ş icea de găină. Se consuma foarte mult lapte. Măslinele, smochinele, strugurii erau, de asemenea, consumate des. Caracteristica bucătăriei romane era folosirea pe scară largă a diferitelor soiuri de peşte (faimosul *garum*). Ei disprețuiau berea. În schimb, consumau vinul. Masa lor principală era cina.

Despre alimentaţia celţilor cunoaştem puţin. Masa lor principală era cea de seară: pâine, fiertură de ovăz, la care cei bogaţi adăugau carne de vită sau de porc. Se bea hidromel şi vin.

Germanii antici mâncau terci din făină de grâu, orz sau secară şi carne de vânat. Se consuma foarte mult lapte.

Alimentaţia bizantinilor nu era deloc frugală. În raport de starea lor economică, aceştia mâncau de trei ori pe zi. Masa de prânz era cea mai copioasă şi era constituită din ouă moi, peşte prăjit, friptură de raţă sau de căprioară, supă de raţă cu usturoi, multă saramură şi carne de porc la grătar. Se consumau renumitele vinuri greceşti.

Alimentaţia în Evul Mediu era bazată pe cereale panificate sau fierte (orz, secară, grâu); meiul se consuma în ţinuturile meridionale.

Se consumau diferite legume. Din secolul al XII-lea starea economică permite ţăranilor să consume carne de pasăre, ouă, brânzeturi, peşte. Se consuma carne de porc, vită şi ovine. În alimentaţie se foloseau multe condimente. Deosebirea între masa ţăranului şi cea a cavalerului era foarte mică. Gastronomia a luat avânt din secolul al XIII-lea. Seniorii consumau însă mai multă carne, în special carne de porc şi, mai târziu (secolul al XIII-lea), de vită. Desertul avea un rol important în alimentaţie şi era constituit din produse de patiserie, miere şi fructe. Băutura consumată era cidrul, hidromelul sau vinul. Băutura preferată era vinul.

În Evul Mediu musulmanii acordau o mare importanţă alimentaţiei. Arabii foloseau mult plantele aromate, mirodeniile, ca şi cele obişnuite. Fiind sub influenţa evreilor, musulmanii nu consumau decât carne de vită (Persia) şi de cal (Turkestan). Era interzis consumul cărnii păsărilor de pradă şi cel al reptilelor. Aceştia consumau multe dulciuri.

Deci, alimentaţia de-a lungul timpului a depins de factori climatici, geografici, economici şi sociali.

Istoria dieteticii este legată de cunoştinţe de fiziologie, chimie, biofizică şi medicină.

Evul Mediu a cunoscut diete restrictive, nefaste, cauzatoare de subalimentaţie. Au apărut avitaminozele, stările de subnutriţie.

Până la începutul secolului al XVII-lea, ideea despre alimentaţie nu avea un fundament ştiinţific. De abia în secolul al XIX-lea a apărut clasificarea alimentelor şi se determină compoziţia lor, conţinutul lor în proteine, lipide, glucide, minerale.

Scanned with OKEN Scanner

La începutul secolului al XX-lea se descoperă substanțele minerale din alimente (sodiu, clor, potasiu, sulf, magneziu, fosfor, calciu) și se studiază valoarea lor. S-a descoperit rolul oligoelementelor (fier, mangan, zinc, cupru, nichel, cobalt, aluminiu, molibden) și metaloidelor (iod, arsen, fluor, bor etc.). Din cele 102 elemente, 60 se găsesc în organismele vii. S-a stabilit necesarul de săruri pentru organism.

Descoperirea vitaminelor la începutul secolului al XX-lea - (botezate astfel de biochimistul american Casimir Funk (1884 - 1967) în anul 1912) arată rolul acestora în creșterea și dezvoltarea organismului.

Proteinele au fost considerate esențiale de abia după descoperirea chimistului olandez Gerardus Johannes Mulder (1802 - 1880) din anul 1838 (cuvântul provine din *proteias* = primar = prim). Thomas Burr Osborne (1859 - 1929), biochimist american și Lafayette Benedict Mendel (1872 - 1935), fiziolog și chimist american, au descris aminoacizii, iar biochimistul american William Cumming Rose (n. 1887) în anul 1938 a clasificat aminoacizii în aminoacizi esențiali și aminoacizi neesențiali. Aminoacizii esențiali provin din proteinele animale.

Lipidele, descrise în anul 1926 de anatomistul american Herbert McLean Evans (1882 - 1971), și de biochimistul american George Oswald Burr (n. 1896), ca fiind esențiale pentru alimentație, sunt clasificate de Burr în lipide esențiale (acizi grași nesaturați) și lipide neesențiale (acizi grași saturați).

Uleiurile vegetale sunt bogate în acizi grași nesaturați. Kinsell (1952) și, ulterior, Bronte-Stewart (1960) au descoperit rolul lor în scăderea colesterolului.

Termenul de acizi grași esențiali se adoptă pentru acizii grași nesaturați, acizi grași cu rol deosebit în metabolismul colesterolului. Ancel Benjamin Keys (n. 1904) , fiziolog american, a arătat în anii 1957 și 1963 interrelația dintre incidența insuficienței coronariene și abundența de grăsimi din alimentație. Keys și Ahrens au ajuns la concluzia că grăsimile animale sărace în acizii grași nesaturați cresc colesterolul și deci riscul apariției aterosclerozei.

Era bolilor civilizației, a mortalității prin complicații ale aterosclerozei (infarct miocardic și accidente cerebrale) este deschisă și nu insistăm aici asupra acestor probleme care sunt tratate într-un alt capitol al cărții.

Evoluția cunoașterii alimentelor lămurește rolul proteinelor (aliment cu rol plastic, necalorigen), a calității acestora în raport de proveniența lor (animală sau vegetală), a interrelației lor cu vitaminele și sărurile minerale. Proteinele animale sunt deosebit de necesare în echilibrul nutritiv.

* În rezumat, aceste categorii de nutrienți principali sunt indispensabili. Noi nu putem elimina nici unul dintre ei fără consecințe asupra stării de sănătate a

Scanned with OKEN Scanner

individului. Comparabilitatea calorică are un interes marginal, care-l interesează în mod deosebit pe specialist.

Omul nu este însă o maşină termodinamică - aşa cum se exprimă filosoful francez Gilles Deleuze (1925 - 1995), ci o fiinţă dotată cu raţiune şi sentimente, care vede în aliment nu numai mijlocul de a-şi satisface foamea ci şi plăcerea de a mânca.

A dori şi a plăcea face parte din universul nostru alimentar. La tendinţa de a mânca, care în principiu îi produce senzaţia de saţietate, el adaugă senzaţia de plăcere.

În lumea fiziologiei, agreabilul este în serviciul utilului şi concură la homeostazia energetică şi a plăcerii. Când agreabilul încetează a fi în serviciul utilului suntem în pericol (B.Waysfeld, 1999). Apar tulburările de comportament alimentar, unde plăcerea predomină, iar omul se fixează pe obiectul disponibil, alimentul. Cele mai multe alimente sunt prelucrate industrial. Compoziţia lor este adesea diferită de produsul de la care s-a pornit. Prepararea lor este făcută pentru a plăcea, ocolind circuitul legat de necesităţi.

A mânca înseamnă mai mult decât actul fiziologic în sine. El are o semnificaţie simbolică. Actul „mâncării" este un act psihosocial cu rădăcini adânci în trecutul şi istoria omenirii. Alimentele în sine au conotaţii spirituale, după caracteristicile şi mediul socio-cultural în care trăim. Laptele, spre exemplu, este simbolul purităţii. Carnea reprezintă dorinţa şi agresivitatea, dulciurile, zahărul, ne aduc aminte de copilărie, iar pentru vârstele înaintate el reprezintă adesea regresia pe care adultul o refuză.

Alegerea alimentului este adesea marcată de personalitatea noastră. De exemplu, vegetarienii sunt împotriva cărnii roşii pentru că ei consideră consumul cărnii echivalentul canibalismului, iar comportamentul lor etic nu-l acceptă.

Tulburările de comportament alimentar (bulimie, ronţăiala permanentă etc.) au semnificaţia simbolică a dorinţelor sexuale sau agresive nesatisfăcute. Se caută umplerea vidului afectiv prin încorporarea de aliment.

Toate aceste semnificaţii simbolice constituie o veritabilă reţea de elemente psihice ce leagă individul de istoria şi apartenenţa sa culturală. Omul nu mănâncă ce-i place, lui îi place să mănânce.

Orice bulversare în lanţul alimentar distruge universul nostru simbolic şi imaginar şi ne creează profunde tulburări de comportament, cu rezultate negative asupra sănătăţii şi dezvoltării biologice a individului. Alimentaţia a jucat de-a lungul timpului rolul unui organizator al schimburilor de idei, imagini, sentimente şi gânduri, de menţinere a legăturilor emoţionale. Actul mâncării este un fapt magic. „*Se creează viaţă din substanţe care nu au viaţă*". El are un istoric cu caracter sacru, cu ritualuri profunde ce se leagă de strămoşi. Pentru că „*omul, deşi se ştie muritor, nu poate trăi decât uitând acest lucru*". Restabilirea legăturilor sociale pare să fie singurul mijloc susceptibil de a ne da siguranţa propriei noastre existenţe.

Scanned with OKEN Scanner

* În ultimii 30-40 de ani, în țările occidentale, s-a trecut de la această masă familială, cu puternice rădăcini cultural-sociale și istorice, la „fast-food" (sistem adoptat din ce în ce mai mult în lume, inclusiv în România), distanța dintre producător și consumator a crescut. Trecerea de la masa familială la cea individuală a obligat individul să-și supravegheze propriul organism (E.H.E.S.S. nr.56, 1993, ed.Seuil, Paris). Alimentul este desacralizat, deritualizat, degajat de modelele sale religioase și sociologice, fapt ce duce, ușor, la tulburări de comportament alimentar.

Pe plan psihologic, se trece la „societatea fără tată" (a celui care stă în capul mesei familiale), la societatea depresivă descrisă de T.Anatrella. Locul simbolic al „tatălui" care să prezideze masa, cu aspectul ei tradițional și sacru (*saint-sfânt*) a rămas vacant. Alimentația s-a redus de fapt, așa cum este ea degajată de aspectul ei simbolic, la un simplu act de a aduce energia de care organismul are nevoie, și uneori în surplus. B.Waysfeld („Science et vie", nr.208, Paris, 1999) o compară cu aviditatea orală și instinctuală a sugarului (de unde denumirea de *sein* = *sân*, respectiv sursă de energie).

De-a lungul mileniilor, prescripțiile religioase în materie alimentară au ferit omul tocmai de acest pericol, adică de acest risc de aviditate în a absorbi obiectul (hrana) și intoleranța oricărui sentiment de lipsă. De aici și până la tulburările autodistructive (bulimie, anorexie) nu este decât un pas. Supraviețuirea societății cere măsuri pentru a se lupta împotriva acestui risc.

* *Religiile au avut de-a lungul timpului un rol deosebit în păstrarea ceremonialului mesei, în obiceiurile festive și funcția de a supune oralitatea legilor.*

În religia ebraică a mânca reprezenta un cult, care-l obliga pe individ să-și acopere capul în timpul meselor. El trebuia să mănânce la masă, la Sabat, împreună cu ceilalți, îmbrăcat în hainele lui bune; în zilele de Kippur el postea, simbolizând astfel rezistența lui la tentațiile hranei. Interdicțiile alimentare ale iudaismului pot fi interpretate astfel:

a) *actul vânătorii*, însemna actul banalizării uciderii, a omorului pentru plăcere. Uciderea rituală a animalului însemna scutirea acestuia de suferință;

b) *proscrierea unor surse de hrană animală* (numai admiterea mamiferelor rumegătoare; excluderea dintre păsări a răpitoarelor și a celor care se hrănesc cu stârvuri, admiterea pentru consum numai a peștilor care aveau solzi și înotătoare); adoptarea unor serii de reguli de alimentație atunci când lipsea orice regulă însemna înlăturarea unor pericole evidente.

c) separarea dragostei de impulsul oral, repetat de nenumărate ori în Biblie, formulat astfel: „*să nu fierbi iedul în laptele mamei sale*" (Exod XXII, 19 și XXXIV 16, și Deuteronom XIV, 21) înseamnă interdicția de a fierbe laptele cu carnea și de a le consuma. Savantul Geoges Devereux (1908 - 1985), originar din România, tatăl etnopsihiatriei, o traduce în sensul unei lupte împotriva riscului

Scanned with OKEN Scanner

de a stabili simbolic raporturi incestuoase între mamă şi copil, împiedicând confuzia „a iubi" cu cea de „încorporare". Haddad o traduce ca o indicaţie alimentară de a consuma lapte după carne.

Islamismul propune şi el o serie de recomandări alimentare. El vrea să fie mai liberal ca iudaismul. În Sura (capitolul) 77 din *Coran*, versetele 41-44, se spune că *„cei cu frica lui Dumnezeu [vin] la umbre şi izvoare şi la roduri, cum şi le doresc"*. Şederea în paradis este o promisiune de fericire care se va bucura de recompense alimentare agreabile. Religia lor interzice, de asemenea, vinul şi jocurile de noroc.

Religia creştină, atât confesiunea catolică, cât şi cea ortodoxă, considera actul mâncării ca asimilare. *Se înscrie într-o luptă contra morţii, pe care tradiţia iudeo-creştină nu o accepta. Această religie îi creează omului credinţa în reînviere,* adică de depăşire a morţii. Această credinţă se traduce în *„Euharistie"*, care permite ideea de *„trecere prin altul pentru a redeveni tu"*. A te alimenta înseamnă o transsubstanţiere.

De asemenea, marii reformatori religioşi Martin Luther (1483 - 1546) şi Jean Calvin (1509 - 1564) considerau că se impune o disciplină alimentară. Ei recomandă postul, în dorinţa de a împărţi cu cei ce nu au.

Această axă religioasă a dat alimentului sensul de „saint" sfânt (Haddad).

* Părăsirea legăturilor sociale şi simbolice ale actului alimentar creează omului o angoasă tocmai pentru faptul că actul psihosocial al alimentaţiei nu poate fi suprimat. Restabilirea legăturilor sociale înseamnă întoarcerea la o anumită spiritualitate, singura care-i dă fiinţei umane sensul existenţei sale.

„Le vingt et unième siècle sera religieux ou ne sera pas"? (Malraux).

* **Obiectivele alimentaţiei.** Alimentaţia trebuie astfel concepută încât să asigure o creştere şi dezvoltare corespunzătoare. În acest sens o importanţă deosebită o are alimentaţia din anii copilăriei, atunci când are loc procesul de dezvoltare fizică şi psihică a organismului uman.

Aportul optim alimentar este o noţiune relativă, care diferă de la ţară la ţară, de la individ la individ, în raport de vârstă, sex, muncă, climă. Evident, tradiţia alimentară a unei populaţii sedimentată în raport cu condiţiile de mediu (clima, relieful) şi de viaţă (sedentară sau cu grad mare de activitate fizică) poate să explice unele diferenţe în necesarul de principii nutritive, care, totuşi, nu poate varia foarte mult de la o populaţie la alta.

Nu ne putem imagina compoziţia unui sistem alimentar ideal care să corespundă tuturor indivizilor. Fiecare persoană are o structură morfo-funcţională specifică, o dinamică fizică particulară, care reclamă diferenţe de regim alimentar.

Scanned with OKEN Scanner

Biologia ființei umane este adaptată unui aport bine definit de substanțe alimentare, aport care trebuie asigurat organismului zilnic și constituit din principii nutritive esențiale.

Dacă se respectă raportul optim dintre diferitele grupe alimentare, necesarul caloric al organismului va fi asigurat din 12-13% proteine (excepție la copii, unde necesarul caloric este asigurat până la 15-16% din proteine), 25-35% lipide și 55-60% glucide. Paralel vor fi asigurate și toate celelalte principii alimentare. Aportul procentual în alimentația fiziologică a diferitelor grupe de alimente va fi constituit din: 30-35% cereale și derivate cerealiere; 16-18% grăsimi; 16-18% legume și fructe; 10-12% lapte și derivate din lapte; 8% carne și derivate din carne; 8% zahăr și 2% ouă.

*Alimentația după cel de-al doilea război mondial cunoaște în concepția umană o serie de transformări.

În perioada anilor 1950-1955 apare concepția despre „alimentația rațională", ceea ce reprezintă în limbajul laic adoptarea unor regimuri alimentare adaptate la necesitățile fiziologice al individului [1] în raport de vârstă, sex, muncă, climă etc.

Anii '60 deschid accesul la modernitate: creșterea economică, influența modelului american, multiplicarea „supermarché-urilor" favorizează consumul de produse noi și rapide. Este perioada idealului de femeie „slabă" cu silueta fină, a emancipării feministe și a opoziției la societatea de consum. Această opoziție se accentuează în cursul anilor 1970-1980; bucătăria nouă o înlocuiește pe cea burgheză; a mânca simplu, rapid și lipsit de grăsimi (apare lipofobia) devine o lege. Apare și angoasa alimentară datorită folosirii coloranților și hormonilor în pregătirea alimentelor.

Tot în anii '80 se promovează cultura propriului corp și menținerea sănătății prin gimnastică aerobică, jogging, regim alimentar, suplimente vitaminice și minerale.

Anii '90 creează și cultivă termenul de aliment „sănătos" (*sain*), însoțit de o alimentație foarte echilibrată, bogată în săruri minerale, cu principii nutritive corect echilibrate, săracă în grăsimi animale, cu scopul precis de a menține o siluetă cât mai aproape de ideal și o sănătate perfectă. Alimentul a trecut prin evoluția lui de „saint, sein, sain" (descris de Waysfeld astfel: sfânt, energetic, sănătos). *Știința a transformat alimentul în medicament (alicament). De la acest mod de viață se așteaptă prelungirea vieții active a omului.*

**Produsele alimentare de protecție.* Acest capitol abordează o orientare nouă în industria alimentară și în nutriție. Spre deosebire de alimentația dietetică,

[1] *Le quotidien du médecin*, 18 mars 1998, Congresul de dietetică, comunicare de A.Poire și P.Hock.

cu rol pasiv, alimentele de protecție au un spectru mult mai larg și caracterizează spiritul nou al medicinii, acela de a preveni boala, nu numai de a o trata.

Produsele alimentare pe bază de legume și fructe sunt astăzi cunoscute pentru rolul lor preventiv: soia, varza, mazărea previn cancerul de sân și de prostată, usturoiul stimulează funcția imunitară, este antidepresiv, antihipertensiv, anticoagulant, inhibă mitoza celulelor, este anticancerigen, descongestionant și antiinflamator. Vegetalele au un efect protector cardiovascular și sunt antioxidante datorită conținutului lor în flavonoide, vitamina C, vitamina E și zinc.

Peștele oceanic are efect preventiv în patologia bolilor cardiovasculare datorită conținutului său în acizi grași polinesaturați Ω3 care au acțiune antioxidantă și anticoagulantă.

Produsele din cereale germinate sunt bogate în vitamine din grupul B. Substanțele biologic active sunt prezente într-o stare naturală echilibrată. Conținutul mare de glutation are rol în metabolismul celular. Produsele din germeni de cereale sunt foarte bogate în vitamina E, aminoacizi esențiali, lipide biologic active și complexe vitaminice.

Produsele fermentate lactic (iaurtul) au proprietăți hipocolesterolemiante. Sucurile de legume (morcovi, sfeclă, roșii, țelină) au rol de protecție.

Produsele alimentare îmbogățite prin celuloză și-au descoperit rolul lor protector hipocolesterolemiant, prin conținutul bogat în fibre alimentare, în colopatii, polipi de colon. Bogăția în celuloză, hemiceluloză, pectine, mucilagii etc. (fibre solubile și insolubile în apă) le recomandă în mod preventiv pentru cei care suferă de boli de metabolism (diabet, obezitate) și în mod special pentru acțiunea pe colesterolul total și LDL-colesterol (*low density lipoproteins*) din sânge.

Produsele alimentare cu acțiune anticancerigenă au cunoscut în ultimul timp o dezvoltare importantă (fibrele alimentare ajută în prevenirea cancerului de colon, în scăderea lipidelor, a estrogenilor, și deci în prevenirea cancerului de sân). Vitaminele C și E, retinoizii au un important rol profilactic (fiind antioxidanți previn cancerul, ateroscleroza etc.).

Acțiunea anticancerigenă a unor produse alimentare este tratată pe larg în acest capitol.

***Ateroscleroza ca rezultantă a perturbărilor metabolice. Relația dintre alimentație și ateroscleroză. Radicalii liberi.** În cursul proceselor de oxidare intracelulară, o parte din oxigen scapă metabolismului și reacțiilor de reducere intracelulară care produc în final energie și apă și, printr-un electron adăugat, se transformă în radical hiperactiv. Producerea de radicali liberi ai oxigenului este un proces fiziologic ce rezultă în metabolismul intermediar intracelular. Principalii radicali liberi sunt: oxigenul hiperactivat (O_2^{0-}),

radicalul hidroxil (^{0}OH) și apa oxigenată (H_2O_2). Excesul lor devine însă nefast. Radicalii liberi au în comun unul sau mai mulți electroni (inoperanți). Agresivitatea radicalului duce la oxidarea unor molecule biologice (rezultate din metabolismul lipidelor, glucidelor, proteinelor, acizi nucleici) care dau naștere altor radicali, zișI secundari. Aceștia alterează funcția celulară. Acumularea lor intracelulară se află la originea multor maladii degenerative, printre care menționăm ateroscleroza. Funcția lor nocivă este blocată de factori de protecție endogeni (catalaza, glutation peroxidaza, glutation transferaza) sau exogeni numiți „scavengers" (acidul uric, bilirubina, glutation) și anumiți antioxidanți alimentari cum ar fi vitamina E, vitamina C, polifenolii, oligoelementele (zinc, selenium) sau minerale (magneziu).

Nu se poate înțelege acțiunea negativă a radicalilor liberi în lanțul metabolic și rolul lor aterogen, fără a vorbi de rolul lui în patogenia aterosclerozei, deci în producerea bolilor cardiovasculare și intervenția lor în oxidarea LDL, moment în care începe lanțul transformărilor metabolice care conduc la formarea plăcii ateromatoase (expusă pe larg în Partea I, capitolul III a lucrării, unde sunt prezentate cunoștințele actuale asupra metabolismului colesterolului și cercetările epidemiologice a relațiilor dintre alimentație - colesterol- ateroscleroză și complicațiile sale, precum și patogenia leziunilor coronariene).

*Micronutrientele aduse prin alimentație cu rol puternic antioxidant sunt:

- vitamina E, termen generic prin care se grupează tocoferolii. Este un puternic antioxidant care interacționează cu radicalii peroxil (ROO) sintetizați la nivelul membranei, pentru a forma un radical tocoferol mai stabil cu rol protector al membranei. Scăderea vitaminei E ingerate crește riscul de maladie coronariană. Vitamina E are și o altă serie de acțiuni pe care nu le mai repet aici. Necesarul zilnic variază între 150 și 300 μu/zi;
- vitamina C, cu puternică acțiune antioxidantă și imunostimulentă, regenerează vitamina E. Aportul zilnic minim necesar este 60 mg. Din păcate, vitamina C este consumată de adulți, mai ales de cei care au vârsta de peste 60 de ani, mai puțin de 2/3;
- carotenoizii, provitamină A, grup de compuși importanți ce se găsesc în fructe, legume și care inhibă lipoperoxadezele și oxidarea LDL-colesterolului. Lipsa de β caroten favorizează dezvoltarea cancerului de plămâni, stomac, col uterin și intestin;
- zincul (Zn) și seleniul (Se) activează cu enzimele protectoare (glutation peroxidaza) și inhibă peroxidarea lipidică. În competiție cu fierul și cuprul reduce producția de radicali hidroxilați (OH). Zincul protejează grupul thiol (SH) al proteinelor contra oxidării induse de fier. O suplimentare moderată de zinc

Scanned with OKEN Scanner

(20 mg/zi) asociat la alte oxidante duce la creşterea rezistenţei la persoanele vârstnice. Sursele principale de zinc sunt fructele de mare, carnea şi scoicile. Seleniul (Se) intervine în structura mai multor enzime cu acţiune contra radicalilor oxidanţi. Aportul optim este de 70 μg/zi. Din păcate, aportul este aproape întotdeauna insuficient;

- polifenolii se găsesc în vinul roşu (resveratrolul fiind cel mai important). Acţionează ca antioxidant pe LDL-colesterol;

- în ceea ce priveşte magneziul, riscul deficitului creşte cu vârsta. Deficitul de magneziu favorizează peroxidarea lipidică. Cantitatea necesară zilnică este de 400 mg. Magneziul se găseşte în ciocolată, legume, fructe uscate, cereale ş.a.

- fierul are acţiune pro-oxidantă. Există o legătură între excesul de fier şi maladiile cardio-vasculare. La persoanele cu vârsta peste 50 de ani nu este necesară administrarea suplimentară de fier.

*Alimentaţia antiaterogenă presupune următoarele măsuri:

- restrângerea grăsimilor saturate sau alimentelor bogate în grăsimi care au cantitate mare de acizi Ω 6-polinesaturaţi (ex. şofranul promovează oxidarea LDL- colesterolului);

- restrângerea alimentaţiei bogate în carne;

- alimentaţia zilnică cu 100-400 u.i. vitamina E;

- alimentaţia să fie bogată în peşte (conţin acizi graşi Ω 3- polinesaturaţi, cu acţiune antioxidantă şi anticoagulantă). Se va consuma peşte de 2-3 ori pe săptămână;

- se vor consuma multe fructe şi vegetale bogate în vitamina C (conopidă, sparanghel, cartofi fierţi în coajă, roşii, portocale, pepene, ceapă etc.);

- consum crescut de usturoi (600 mg usturoi zilnic) care reduce oxidarea LDL-colesterolului cu 34%;

- consum de ulei de măsline, acesta fiind un antioxidant puternic;

- scăderea consumului de sare;

- consum moderat de băuturi alcoolice.

***Istoria alimentaţiei la români până în anul 1989.** De-a lungul istoriei, în fixarea tipului de alimentaţie a unui popor o mare însemnătate au avut-o factorii naturali, geografici, climatici, geologici, geobotanici, geozoologici, factori ce alcătuiesc împreună substratul fenomenelor sociale şi economice. Schimbările în timp ale alimentaţiei sunt datorate şi unor factori sociali care fac ca alimentaţia să fie mai puţin dependentă de factorii geografici. Condiţiile geografice determină în mare măsură fauna, flora şi primele posibilităţi economice. Într-un anumit cadru fizic există mai multe posibilităţi de a satisface nevoile economice de căutare a hranei. Omul se

Scanned with OKEN Scanner

adaptează și creează *genul de viață*. Genul de viață pe care sociologia l-a numit „păstori de oi cu agricultura secundară" este modul de viață care a dăinuit cândva în toți munții Europei sudice până în ținuturile munților Carpați. Pe lângă factorii climatici și economici, există, în diferențierea tipurilor alimentare, și factorul etnic. Particularitățile etnice ale alimentației pot fi puse în legătură cu „fiziologia rasială" și sunt incontestabil în legătură cu „momentele culturale".

Poporul român face parte din zona răsăriteană și sudică a Europei, unde s-au păstrat mai bine ca în Occident caracterele arhaice ale hranei, având rădăcini foarte puternice în trecut, acestea fiind strâns legate de ciclurile culturale și de genurile străvechi de viață ale popoarelor. În această zonă culturală și economică, alimentația poporului român conservă anumite particularități care o deosebesc de cea a popoarelor vecine.

Bogăția pământului românesc, admirabila sa înzestrare cu tot ceea ce este necesar vieții omenești a făcut să fie necontenit locuit din cele mai vechi timpuri ale preistoriei.

Țara noastră se află la o răspântie climatică: influențe continentale și central europene se întâlnesc, în răsăritul țării, cu influențe mediteraneene estompate în sudul țării, precum și cu influențe baltice mult mai slabe, în partea de nord. Această întretăiere generează un climat de tranziție caracteristic, numit de Simion Mehedinți „climat getic". Acest climat se întâlnește în zonele de câmpie, restul (75%) având o climă de deal și de munte.

Relieful și clima au determinat tipul de cultură de la noi: teritoriul situat la limita de nord a zonei sudice oferă condițiile optime pentru cultura cerealelor - în vechime pentru mei și grâu, iar mai târziu pentru porumb -, la nord fiind zona optimă pentru cultura ovăzului și secarei, la răsărit (Basarabia) pentru grâul de primăvară, orz, hrișcă, secară.

Acest climat de tranziție era excepțional pentru cultura meiului și, mai târziu, a porumbului.

Meiul pare să fi fost temelia hranei locuitorilor din Țările Române până în timpurile moderne, când locul lui a fost luat de porumb.

Ocupația de căpetenie a dacilor a fost agricultura. Dacii erau și crescători de vite. Două sunt caracterele dominante ale alimentației poporului român și care s-au păstrat mult timp: *„hrana predominant cerealieră și lipsa panificației în alimentația sa zilnică"*. Hrana predominant cerealieră era o caracteristică a alimentației populației rurale de pretutindeni. Lipsa panificației în alimentație caracteriza alimentația țăranului român. Dacă în secolul I d.Hr. geții apar ca un popor „crescător de grâne", urmașii lor de mai târziu, românii, adoptă genul de viață „păstori de oi cu agricultură secundară (pe văi, dealuri, plaiuri subcarpatice) de transhumanță".

Scanned with OKEN Scanner

Transhumanța la români nu era un nomadism, cum au încercat unii să o prezinte , *ci o pendulare sezonieră între munți, pășunile și stepele sau bălțile de pe marginile domeniului carpatic*. Se angrena în aceste deplasări un număr relativ redus de ciobani. Cei ce rămâneau acasă, familiile lor, erau mulți. Gospodăriile fixe se aflau în văile și depresiunile de sub munte, unele chiar pe plaiurile întinse și joase ale acestuia (Posea Gr.,1999)

Transhumanța carpatică era de fapt o adaptare activă la mediu, o exploatare chibzuită a acestuia, învățată încă de pe vremea dacilor, un exemplu de echilibru între economia montană cu cea de stepă și de baltă. În felul acesta se putea crește și întreține un număr mai mare de oi.

Ciobanii plecau toamna cu oile spre câmpie și se întorceau primăvara.

În ultima parte a Evului Mediu, cei mai vestiți erau ciobanii ardeleni care aveau și denumiri specifice: în jurul Brașovului se numeau mocani, bârsani, săceleni sau brăneni; în apropiere de Sibiu erau mărginenii sau țuțuienii. Trebuie să adăugăm și pe ciobanii de pe latura externă carpatică: vrâncenii, moldovenii ș.a. Toți coborau în stepa din Câmpia Română sau în bălțile Dunării, în Dobrogea, Câmpia Moldovei, Câmpia Panonică și chiar în sudul Transnistriei la Edisan și în Crimeea. *Așadar, drumurile oierilor erau radial-concentrice; mergeau în locuri diverse și distanțate, dar se întorceau pe areale foarte apropiate, în cercul pajiștilor alpine* (Posea Gr.,1999).

Transhumanța a contribuit la formarea celui mai unitar grai românesc. Limba se unifică *„acolo unde oamenii sunt în contact permanent între ei și deci simt tot timpul nevoia să se înțeleagă unii pe alții"* (Graur Al., 1968). Transhumanța a avut la români acest rol. Specificul feudalismului la noi, care nu lega țăranul de pământ, nu-i frâna circulația de pe o moșie pe alta, a permis contactele permanente ale acestora. Când a apărut legarea iobagului de pământ (ca în Occident) și la noi, limba deja se formase într-un tot unitar.

O dată cu limba circulă și se unifică ideile, cultura, poporul, națiunea. Pe acest fond etnic general, comun și unitar, au existat și influențe străine, în general asimilate. Și asimilarea se transmitea pe tot spațiul, devenea românească. Așadar, întreaga viață materială și spirituală din sistemul carpato-danubiano-pontic era permanent orientată spre unificare generală de către complementarismul și sistemul circulator radial-centripet ce-i sunt caracteristice.

Spațiul nostru geografic este caracterizat de forma de cerc a munților Carpați, un cerc care nu este masiv și de netrecut, ci compus din masive mici și culmi restrânse, din depresiuni și văi, din văi care se dispun chiar transversal, trecând din Transilvania către exterior. O altă dispunere, lineară sau în arc de exemplu, ar fi influențat, în cu totul alt mod, circulația, sistemul așezărilor, treceri peste munte etc.

Scanned with OKEN Scanner

Legătura dintre segmentele și masivele carpatice se face prin intermediul depresiunilor și văilor.

S-a favorizat prin aceasta dispunerea în sistem de drumuri, sistem de circulație a oamenilor și al mărfurilor, atât în sens circum-carpatic dar mai ales radial către și dinspre Transilvania sau de la Carpați către exterior și invers (Posea Gr., 1999).

Din multitudinea legăturilor și influențelor reciproce dintre poporul nostru și teritoriul său una a fost definitorie în istoria neamului românesc: aceea că structura mediului geografic, în primul rând a reliefului, a orientat continuu activitățile desfășurate pe întregul domeniu carpato-danubiano-pontic către o permanentă unitate. Coloana vertebrală a domeniului o constituie munții Carpați, iar centrul său sintetizator, sub aspect etno-social, a fost Transilvania.

Rolul unificator al munților Carpați și al Transilvaniei a funcționat ca o permanență în istoria și viața poporului român, atât sub aspect economico-social cât și în apărarea și ființarea neamului și a limbii. *Putem afirma cu toată siguranța că dacă n-ar fi existat munții Carpați n-ar fi existat nici poporul român. În Carpați s-au format calitățile spirituale, hărnicia și dârzenia, bunătatea, toleranța, înțelepciunea, obiceiurile și caracterul poporului român* (Posea Gr., 1999).

Modul de viață s-a repercutat asupra alimentației poporului nostru. Geții păstori sunt pentru scriitorii timpului mâncători de lapte, iar la ciobanii români de mai târziu, se găsea „brânză excelentă, lapte și carne mai presus de alte nații".

Nevoia de migrațiune a turmelor, nevoia de a locui pe văi, dealuri și în munți (datorită situației nesigure din perioada migrației barbarilor) , face ca agricultura să fie rudimentară, *impunând cultura de cereale cu vegetație scurtă, limitată la lunile mai, iunie și iulie; aceste condiții le îndeplinesc cerealele nepanificabile, în special meiul și orzul.*

Meiul a fost încă din antichitate cultivat din abundență în ținuturile noastre, cultura lui fiind legată de un anumit gen de viață și în special de păstorit. Constrânși de cultura cerealelor nepanificabile strămoșii noștri au rămas multă vreme adepții *fierturilor, ai mămăligii și ai mălaiului.*

Mămăliga noastră își găsea rude în „polenta" italiană, în „papa" spaniolă, iar „turtele" noastre seamănă cu ceea ce se mănâncă în sudul Franței, Italiei și Spaniei.

Condițiile geografice și antropogreografice înrâurite asupra unei populații timp de milenii întipăresc obiceiuri alimentare ce se păstrează cu tenacitate.

Locul „meiului" l-a luat „mălaiul" de porumb introdus în Țările Românești la sfârșitul secolului al XVII-lea și începutul secolului al XVIII-lea. Cultura porumbului devine prioritară în cultura de cereale (70% din totalitatea cerealelor)

Scanned with OKEN Scanner

în Moldova şi Muntenia. Cultura porumbului s-a impus în aceste provincii şi datorită faptului că turcii rechiziţionau sau cereau ca tribut numai grâne.

Alimentaţia populaţiei din ţara noastră s-a caracterizat prin bogăţia sa în cereale, verdeţuri, lactate şi produse lactate. Un alt caracter al alimentaţiei populaţiei din această zonă era utilizarea mai restrânsă a legumelor de grădină. Condiţiile agriculturii de munte, văi, depresiuni subcarpatice, nu erau prielnice culturii intensive a zarzavaturilor, dar favorabilă plantelor de culegere.Nici un popor din Europa n-a păstrat în alimentaţie un număr atât de mare de plante de culegere şi vegetale (purul, dragaveiul, grâuşorul, hameiul, pătrunjelul, leuşteanul, cimbrul, mărarul, lăptucile, susanul, păpădia, urzicile, ştevia, ştirul, ciupercile etc.).

***Alimentaţia în secolele XVIII-XIX.** Feudalismul agrar începe la noi mult mai târziu decât în ţările din Apus. *La noi feudalismul îşi face apariţia de abia în secolul al XV-lea faţă de secolul al XI-lea, în Apus. Epoca feudalismului apune în Ţările Române în secolul al XIX-lea, mult mai târziu decât în Apus, unde acesta apune în secolul al XVIII-lea.*

Iniţial viaţa „vecinului"şi a „rumânului" a fost mult mai uşoară decât a „servului" occidental. În a doua jumătate a secolului al XVIII-lea condiţiile de viaţă ale „clăcaşului" s-au înăsprit. În secolul al XIX-lea asistăm la accentuarea sărăciei ţărănimii. Cultivarea grâului pentru export se făcea pe terenuri care erau destinate păşunilor. Populaţia a crescut, iar pământul cultivabil s-a restrâns. Aceşti factori influenţau alimentaţia în mod negativ. Mămăliga din porumb predomina în alimentaţia ţăranilor din Vechiul Regat şi, împreună cu verdeţurile, a devenit alimentul de bază, alimentaţie foarte săracă în proteine animale (carne, lapte, brânză, ouă etc.).

În Ardeal se cultiva mult grâu la câmpie, iar porumb numai în zonele de munte. Se consuma frecvent lapte şi brânză.

Consecinţa unei astfel de alimentaţii dezechilibrate şi săracă în proteine animale duce la apariţia bolii numite pelagră (1846). Este important de cunoscut faptul că jumătate din numărul deceselor erau cauzate de această boală. Toate publicaţiile din acea perioadă (îndeosebi „Monitorul Oficial") menţionează situaţia gravă a alimentaţiei ţăranului român de pe întreg teritoriul ţării. Cele mai multe boli şi mortalitatea crescută erau favorizate şi de posturile ţinute cu regularitate, posturi care scădeau şi mai mult rezistenţa organismului la boli, accentuând subalimentaţia ţăranului român.

Împroprietărirea ţăranilor din anul 1864 nu a schimbat radical situaţia. Alimentaţia continuă să rămână dezechilibrată în principii nutritive. La începutul secolului XX ţara noastră este printre primele ţări din Europa în ceea ce priveşte

Scanned with OKEN Scanner

rata mortalității generale și a mortalității infantile. Printre cauzele care generau această rată înaltă a mortalității pentru locuitorii țării noastre, pe primul loc se afla slaba rezistență a indivizilor. Aproximativ 35% din numărul copiilor mureau în primul an de viață, iar acest fapt se datora condițiilor mizerabile în care trăia țăranul român. Și detestabil este și regimul alimentar sărac și vicios. N.Lupu, în lucrarea intitulată *Alimentația țăranului* (1906), afirma că „*alimentația echilibrată a omului este izvorul puterii și sănătății, ea trebuie să fie prima preocupare a puterilor politice*". Pe baza cercetărilor sale N.Lupu afirma, tot în aceeași lucrare, că o persoană consuma zilnic 2 551 g alimente (din care 1 165 g fără valoare nutritivă, 1 318 g alimente de origine vegetală, din care aproximativ 1 000 g le reprezenta porumbul) și numai 78 g de origine animală. Consumul alimentar era foarte sărac în proteine animale, sărac în lipide și exagerat în glucide. Concluziile lui N.Lupu erau următoarele: „*Țăranul se hrănea exclusiv vegetal,... de unde slaba lui rezistență la boli și mortalitatea mare*". „*Cum ne hrănim noi*, continuă N.Lupu, *nu putem sta mai sus decât popoarele Indiei, căci - la indivizi sau la populații rău hrănite - nu trebuie să pretinzi activitate intelectuală, muncă grea și continuă... cu acele regimuri insuficiente omul istovește repede și dispare la o vârstă mijlocie...*"

Evoluția alcătuirii societății românești, cu ponderea diferitelor clase și categorii, este exprimată și în deceniile ce au precedat redobândirea independenței depline în anul 1918. Țărănimea din acea perioadă reprezenta 81% din populația țării (1 015 302 proprietari), țărănime care stăpânea mult mai puțin pământ decât cei 4 171 de mari proprietari de terenuri agricole câți existau atunci. În sânul clasei țărănimii existau diferențe notabile. Un număr de 36 318 proprietari posedau în medie 19,2 ha, aceștia fiind țăranii cu posibilități economice mai mari. Diferențele până la totalul de 1 015 302 proprietari erau reprezentate de țăranii ce aveau gospodării între 5 și 10 ha (țărani care aveau un trai decent) și țăranii săraci și foarte săraci care posedau proprietăți de pământ ce erau mai mici de 5 ha.

G.Proca și T.Kirileanu, în cercetarea cu caracter social efectuată în anul 1906 pe un număr mare de familii din mediul rural, au constatat că un adult consuma în medie, zilnic, 115 g proteine, 84 g grăsimi și 640 g glucide, ajungând la o rație zilnică de 3 654 calorii, rație ce se afla cu mult peste rația optimă. Însă, structura caloriilor era total dezechilibrată. Mălaiul reprezenta 65-66% din totalul proteinelor consumate zilnic. Restul de proteine (peste 35%) provenea în special din leguminoase și mai puțin din carne, lapte, ouă, pește. Proporția mare de glucide, cu mult peste ceea ce permite fiziologic organismul (400-500 g pe zi), este dăunătoare. Consumul exagerat de mălai conduce la subnutriție atunci când lipsesc din consum proteinele animale, mai ales cele provenite din lapte. În acea perioadă

Scanned with OKEN Scanner

asistăm la creşterea accentuată a numărului de pelagroşi, de la 20,5% existenţi în anul 1898, la 64,9% câţi erau în anul 1906. Această boală nu a apărut în Ţările Române o dată cu introducerea porumbului în alimentaţia ţăranului, ci cam la 100 de ani după aceea, la mijlocul secolului al XIX-lea. Consumul de mămăligă nu avea caracter pelagrogen. La apariţia bolii au concurat un întreg complex de împrejurări, factorul esenţial fiind lipsa proteinelor animale şi, în primul rând a laptelui. Subnutriţia era favorizată şi de posturile religioase prelungite.

* *Alimentaţia la începutul secolului XX.* Împroprietărirea din anul 1918, mărirea suprafeţei agricole cultivabile (peste 10 milioane ha, suprafaţă dublă faţă de cea dinainte de război), propulsează România printre primele state ale lumii, ce dispuneau de vaste teritorii agricole, şi printre cei mai mari exportatori de cereale.

Vestigiile anacronice feudale continuau să se menţină încă în agricultură. Urmările primului război mondial au un impact profund asupra situaţiei ţărănimii. În momentul izbucnirii crizei economice din România structura proprietăţii ţărăneşti se prezenta astfel: 2 460 000 de gospodării ţărăneşti ce aveau terenuri de 1-5 ha (74,9% din totalul gospodăriilor) deţineau 28% din suprafaţa totală de pământ agricol, în timp ce 25 000 gospodării care aveau terenuri de peste 50 ha, deţineau 42,2% din suprafaţa agricolă totală. Peste 700 000 gospodării ţărăneşti nu aveau pământ în proprietate (peste 19% din totalul gospodăriilor ţărăneşti).

După primul război mondial se face resimţită şi structura socio-economică a muncitorilor, micilor funcţionari, micilor meseriaşi şi cea a micilor negustori de la oraşe, ale căror venituri erau uneori sub media mijlocie sau săracă a celor din mediul rural[2].

În acest context economic se vor plasa studiile şi cercetările efectuate asupra alimentaţiei poporului român de dinaintea celui de-al doilea război mondial.

Astfel, într-o anchetă efectuată pe copiii de vârstă şcolară din România anilor '30 (atât din mediul rural cât şi din mediul urban) se arată că existau 41,1% copii subnutriţi. Fetele prezentau un procent mai ridicat de subnutriţie (44,8%) faţă de băieţi (37,7%), atât în mediul urban cât şi în cel rural. Pe categorii de vârstă, procentul fetelor subnutrite scade la cele ce au vârsta mai mare de 15 ani. Tot din această anchetă publicată în „Revista de igienă socială" (noiembrie 1931) rezultă că procentul copiilor subnutriţi din mediul urban era mai mare decât al celor din mediul rural (40% faţă de 37,9%).

Procentul celor subnutriţi creştea pe măsură ce copiii înaintau în vârstă.

---

[2] Gusti D., *Enciclopedia României*, Ed.Imprimeriile naţionale, 1938,Bucureşti.

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce privește alimentația poporului român în ansamblu, toate cercetările efectuate au ajuns la concluzii asemănătoare celor din perioadele anterioare: regimul alimentar era dezechilibrat și insuficient; el era diferențiat în provinciile țării, dar, în ansamblu, el era dezechilibrat.

Cercetările care au stat la baza celor afirmate mai sus aparțin unor reputați specialiști, printre care amintim pe Gr.Benetato, ce a efectuat studii, atât în mediul urban cât și în cel rural din Transilvania (1933-1939), Enescu, cercetător care a efectuat studii în Moldova (atât în mediul rural cât și în cel urban) în perioada 1929-1935, Claudian ș.a. În anul 1938, C.Georgescu de la Institutul Central de Statistică a efectuat cercetări care au cuprins sate din toate regiunile țării.

Rezultatele cercetărilor au dus la următoarea concluzie: *„alimentația păturii noastre rurale se caracteriza printr-un consum foarte ridicat de glucide"*. Consumul de glucide provenea în special din cereale și corespundea nevoii reale impuse de munca cerută de sistemul de exploatare agricolă familială.

Economia țărănească era o unitate economică închisă, ce consuma în exclusivitate alimentele produse în gospodăria proprie. Cantitatea și proporția diverselor resurse alimentare depindea deci de starea economică și de structura agrară.

Consumul mediu zilnic era de 3 682 calorii/locuitor, iar dacă raportăm cantitatea de calorii la ora de lucru vom observa că existau circa 160 de calorii în plus față de necesar. Numărul de calorii consumate variază în anumite limite în funcție de regiunea considerată. În linii generale, rația calorică era mai ridicată în regiunile pur agricole ale țării, în Câmpia Dunării, sudul Basarabiei și Dobrogea, precum și în județele apusene ale țării, în câmpia Banatului, în județele Arad și Bihor.

În partea apuseană a țării, cantitatea de proteine și grăsimi consumate este mai mare. În schimb, în satele mai sărace din nordul și estul Basarabiei, în regiunile de deal și de munte ale lanțului carpatic, valoarea calorică a alimentației varia în jurul mediei generale sau era mai scăzută. Această variație cantitativă este în raport direct cu cantitatea de glucide consumate precum și cu cea de grăsimi. Ansamblul general al caloriilor consumate zilnic arată că structura vegetală era preponderentă (79,9% din totalul caloriilor). Numai în două regiuni (Banatul și Transilvania) structura caloriilor era mai bogată în calorii de origine animală. Cantitatea de proteine animale, care la nivel de țară era în medie de 29,2%, era crescută (>35%) în provinciile de peste Carpați și în Bucovina, în timp ce în Vechiul Regat și Basarabia se găsește în proporții inferioare (< 23%).

În privința consumului de grăsimi, cele animale reprezentau în Banat și Transilvania peste 75% din totalul grăsimilor.

Sursele principale de proteine animale erau carnea, laptele și derivatele lui, care variau de la regiune la regiune. În Banat sursa principală de proteine animale

Scanned with OKEN Scanner

era carnea, care reprezenta 17,4% din totalul proteinelor consumate, în Transilvania şi Dobrogea aceasta era laptele şi derivatele lui. În Muntenia, Moldova, şi Oltenia cerealele şi îndeosebi porumbul făceau parte din alimentaţia locuitorilor într-o proporţie impresionantă (70-95% din totalul produselor cerealiere reprezentându-l consumul de porumb). În Bucovina, Transilvania, Dobrogea, Basarabia de sud, acest procent nu depăşea 50% , porumbul fiind înlocuit cu făina de grâu şi secară. Consumul mare de pâine în aceste regiuni acoperea şi nevoile de fier şi calciu. În Ardeal, consumul de pâine şi grăsimi acoperea în cea mai mare parte nevoile energetice ale organismului.

În ceea ce priveşte starea de nutriţie a muncitorilor, rezultatele cercetărilor au arătat că 1/3 din femei, 1/5 din bărbaţi şi 1/3 din copii erau subnutriţi (Benetato).

În Moldova consumul de cereale era format, aşa cum s-a mai arătat, din porumb, acesta consumându-se sub formă de mămăligă. Pâinea se întrebuinţa mai rar. Cele mai consumate alimente erau laptele şi derivatele lui. Carnea cea mai frecvent consumată era cea de porc. Peste 75% din populaţia rurală a Moldovei avea o alimentaţie deficitară. Media de viaţă era cu mult scăzută faţă de cea din restul ţării (în judeţul Roman aceasta era de 22 ani în anul 1938 şi, dacă se scot din calcul copiii cu vârsta sub 1 an, aceasta era de 26 ani).

Celelalte surse importante de proteine vegetale, excluzând cerealele, erau cartofii (mai ales în Ardeal şi Bucovina). Legume precum fasolea, varza, ceapa, usturoiul, ardeii şi castraveţii erau consumate frecvent în întreaga ţară.

În anii '40 în ţara noastră tehnica pregătirii alimentelor consumate de ţărani era încă primitivă în raport cu cea orăşenească.

Pâinea dospită, mălaiul, turta din făină de porumb nedospită şi mămăliga cu variantele ei erau principalele produse preparate din cereale. În Transilvania, Banat, Bucovina, Dobrogea şi Basarabia de sud pâinea era consumată în fiecare zi, jucând rolul său de complement obişnuit al mâncării, aşa cum se întâmpla şi la oraş. Pâinea din făina de porumb se prepara în multe regiuni muntoase ale Transilvaniei (Bistriţa-Năsăud) şi semăna cu turta de mălai.

În sud-vestul Transilvaniei şi în răsăritul Banatului s-a păstrat tehnica arhaică a coptului sub ţest. În Bucovina şi Basarabia de mijloc pâinea era folosită zilnic, la fel ca mămăliga. În Dobrogea şi Basarabia de sud pâinea de grâu domina alimentaţia, iar mămăliga era folosită rar şi numai de către cei săraci. În Vechiul Regat pâinea avea un rol restrâns în alimentaţie. Ţăranii înstăriţi consumau pâine cam în 1/3 din zilele unui an, iar cei săraci numai la sărbători.

În regiunile de peste munţi, în afară de cele industrializate, ţăranul român era în continuare consumator de mămăligă. Mămăliga însoţea în mod obligatoriu laptele şi derivatele sale, ouăle, ciorbele de zarzavat şi mai rar unele fripturi.

Scanned with OKEN Scanner

În Oltenia, Muntenia, Ardeal și Basarabia se prepara un fel de mâncare scăzută numită „chisăliță", o simplă fiertură de fructe ce se servea cu mămăligă.

Mâncarea tipică din carne era tocată, pregătită cu ceapă prăjită, cartofi, ardei, iar carnea folosită era cea de berbec, porc sau vacă. În Transilvania o astfel de mâncare era numită „papricaș". Mâncărurile prăjite se serveau în întreaga țară.

Revenind asupra alimentelor de bază din alimentația românului, vom face următoarele precizări referitoare la această perioadă:

- consumul de lapte era mai redus la noi comparativ cu cel din țările Europei Occidentale și S.U.A. În Anglia, Germania, Danemarca, Olanda, Elveția se consumau între 500 ml și un litru lapte zilnic/cap locuitor, în timp ce în România consumul era de 200-300 ml zilnic/cap locuitor. Brânza constituia, în alimentația românilor, un aliment de bază și nu era considerată un desert precum în țările din Occident. Brânzeturile recomandate la noi diferă de cele străine. Mămăliga cu brânză nu exista nici în Franța, nici în Germania, nici în Anglia. Nu exista acolo nici brânza cu smântână, nici telemeaua, nici brânza de burduf;
- consumul de carne era foarte scăzut, de aproximativ 2-3 kg/an/persoană în mediul rural, ajungând la 22,5 kg/an/persoană în mediul urban;
- consumul de ouă era, de asemenea, scăzut, variind între 98 și 107 buc./an/persoană. Peste 250 000 de familii din mediul rural nu aveau în curte nici o pasăre. Consumul de ouă era mai crescut la orașe (în Moldova consumul de ouă nu depășea 40-70 buc./an/persoană).

Restul de calorii necesare acoperirii rației zilnice proveneau din consumul de grăsimi animale (slănină, untură) și din consumul de cereale, cartofi și vegetale. Zahărul era consumat în cantități foarte mici în mediul rural.

În concluzie, hrana populației din țara noastră în perioada dintre cele două războaie mondiale se caracteriza prin:

- aport caloric suficient - caloriile provenind în special din cereale (porumb);
- monotonie, în anumite medii consumându-se mămăligă și fasole în aproximativ 133-200 zile/an;
- consum suficient de proteine totale, acesta reprezentând 11-15% din valoarea calorică a rației calorice. Proteinele animale constituiau însă numai 12-23% din cantitatea de proteine totale (aportul optim se considera a fi 50%). Zeina, proteina din porumb este o proteină incompletă (săracă în triptofan și lizină). Consumul excesiv de porumb (46,7% din totalul general) menține în continuare pelagra cu caracter endemic.

Insuficiența consumului de lapte perpetuează un regim sărac în calciu (0,30 g/zi în loc de 1g/zi cât era recomandat). Cantitatea de fosfor absorbită era scăzută datorită combinațiilor fitice din porumb;

Scanned with OKEN Scanner

- alimentaţia era săracă în grăsimi, fapt ce favoriza pierderile de calciu;
- hipovitaminozele (carenţa în vitamine din grupul B, PP, C) erau evidente în zonele pelagrogene. Dezechilibrul dintre principiile alimentare (exces de glucide, insuficienţa grăsimilor şi proteinelor animale, carenţa de vitamine) influenţa negativ starea de nutriţie.

Regimul alimentar dezechilibrat, perpetuat ani de-a rândul, scădea capacitatea de muncă şi rezistenţa la boli infecto-contagioase.

Endemia pelagrei în România se menţine în această perioadă, ea fiind o consecinţă a lipsurilor alimentare. Claudian citează în anul 1935 valoarea de 6,5%,întâlnită mai ales în mediul rural şi la locuitorii de la periferia oraşelor, care duceau o viaţă cu specific rural din punct de vedere social şi alimentar. Mortalitatea la 100 000 locuitori era de 14,4 - 16 şi era considerată neînsemnată faţă de mortalitatea datorată tuberculozei care era de 170-189 cazuri/100 000 locuitori.

Aceste constatări au fost valabile pentru întreaga masă a populaţiei rurale româneşti, surprinzător de omogenă din acest punct de vedere. Variaţiile regionale erau neînsemnate. În regiunile din sud-vestul ţării se înregistra un consum mai mare de proteine animale datorită faptului că ţăranii din această regiune aveau o stare materială mai bună comparativ cu situaţia ţăranilor din alte zone.

După Claudian, *„alimentaţia în mediul rural este o problemă economică, înainte de a fi una culinară”*. Tot Claudian afirma în continuare că *„avem în ţara noastră regiuni în care locuitorii au un regim alimentar superior celui din Vechiul Regat: e vorba de regiunile de peste munţi. Ţăranul ardelean prin spiritul său gospodăresc, prin standardul său de viaţă, va fi desigur un excelent exemplu pentru ţăranii din Muntenia şi Moldova”*.

***Alimentaţia în perioada 1946-1989.** Situaţia alimentară în România primilor ani de după război a continuat să fie precară. Seceta şi lipsurile din anii 1946 - 1947 au marcat în chip nefericit existenţa românilor. Colectivizarea agriculturii, încheiată în linii mari în perioada 1954-1955, a generat situaţii şi mai grele.

Structura alimentaţiei a suferit, atât în mediul urban cât şi în cel rural, profunde transformări. Urbanizarea rapidă (55% din populaţia ţării a fost atrasă în mediul urban), modificarea vieţii sociale, a ocupaţiilor, a nivelului cultural, au dus la schimbarea tipului de alimentaţie, la o schimbare în structura fiziologică a acesteia.

Studii şi cercetări de anvergură efectuate de instituţii de stat sau colective de cercetare cu specialişti bine pregătiţi ne-au pus la dispoziţie, fie prin publicaţiile

Scanned with OKEN Scanner

oficiale, fie prin documente nepublicate, date asupra situației reale referitoare la nutriția populației din această perioadă.

Institutul de Igienă și Sănătate Publică București, Secția de Igiena Alimentației, a studiat alimentația populației în perioada 1949 - 1958 în mai multe comune rurale în care trăiau mulți bolnavi de pelagră. Acest studiu a fost reluat în anul 1969, participând la el și SANEPID-urile din mai multe județe. Obiectul investigației l-a constituit alimentația populației din 24 localități din Muntenia, Oltenia și Moldova (48 370 persoane dintre care 725 pelagroși și 438 cu stare de sănătate aparentă, cărora li s-au făcut și testele cu vitamina PP). Regimul alimentar al țăranilor era, în marea lui majoritate, echilibrat din punct de vedere caloric. Acesta se baza pe consumul mare de glucide provenite din cereale (600-700 g glucide zilnic), porumbul fiind cel mai consumat dintre cereale (60-70%). Cantitatea de proteine animale consumate provenite din carne, ouă și lapte nu depășea 12 - 20 g din valoarea totală a proteinelor. Incidența pelagrei a scăzut.

Deși începând cu anul 1958 pelagra existentă în stare endemică în multe județe din țară scade ca frecvență, ea continuă să existe încă în unele regiuni rurale. Prof. Dumitrache și colaboratorii săi au găsit 75 de pelagroși, în perioada 1972 - 1973, numai într-un singur județ, județul Ilfov, în comuna Singureni. Ancheta alimentară efectuată de Dumitrache și colaboratorii săi în comună scotea în evidență faptul că la o mare parte din populație consumul produselor de origine animală era insuficient. În același timp, consumul de porumb era excedentar, depășind mai mult de jumătate din valoarea calorică a dietei. Se înregistra un consum de legume și fructe redus și un consum exagerat de băuturi alcoolice. Același colectiv de specialiști a reluat cercetările în aceeași comună pe tot timpul anului 1979. Din analiza datelor obținute reieșea că toamna exista un regim alimentar echilibrat. Consumul de carne (107,0%), ouă (111,3%), legume (98,1%), fructe (97,1%) și pâine (109,3%) se apropia de rațiile recomandate. În schimb, primăvara și vara numai consumul de ouă și carne se situa în zona optimă. Ouăle erau consumate frecvent tot timpul, în mod excedentar, cantitatea fiind dublă față de cea recomandată (mai ales primăvara și vara). Consumul de lapte era deficitar (primăvara 68,5%, toamna 87,8% din necesar). Insuficiența lui a fost compensată de consumul sporit de brânzeturi (180,5% primăvara, 130,6% toamna). Primăvara consumul legumelor și fructelor era scăzut (29,1% fructe; 40,6% cartofi și 80,4% alte legume). Insuficiența consumului de cartofi s-a menținut toamna și iarna (86,0%). Derivatele cerealiere erau consumate în mod excedentar, surplusul realizându-se datorită mălaiului (mămăliga care se consuma în paralel cu pâinea) și fasolei uscate. Această abundență de derivate cerealiere (231%) și fasole uscată (182%) a dus la depășirea

Scanned with OKEN Scanner

aportului energetic în cele mai multe cazuri, deşi unele alimente calorigene erau deficitare (cartofi, produse zaharoase). Primăvara şi toamna, grăsimile erau consumate în cantitate mare (uleiul şi untura reprezenta 152%, primăvara şi 121,3%, toamna). În schimb, consumul de unt era foarte redus (23-63,4%). *S-a constatat o îmbunătăţire netă a alimentaţiei ţăranilor din această comună faţă de cea din anul 1969, remarcându-se o diversificare a alimentelor consumate şi sporirea cantităţilor de produse de origine animală (brânzeturi, ouă, carne). În grupa derivatelor de cereale, deşi se consuma încă mămăligă, consumul de pâine şi a altor preparate din făină de grâu a crescut în mod substanţial. Aportul caloric acoperea integral sau chiar depăşea cheltuiala medie de energie estimată, ţinându-se seama de vârstă, sex şi ocupaţia membrilor unei familii.*

Măsurătorile somatice au arătat că 67% din bărbaţi şi 46% din femei erau normoponderali. Obezitatea era întâlnită mai frecvent la femei (26%) şi mai puţin la bărbaţi (9%). Numărul persoanelor hipoponderale era redus (7% din bărbaţi şi 9% la femei).

Comparativ cu situaţiile din anul 1969 şi anii 1972-1973, datele studiilor anterioare, indicatorii stării de nutriţie se îmbunătăţiseră în mod evident.

Am insistat asupra situaţiei stării de nutriţie, în timp, a populaţiei acestei comune, pentru că ea este similară cu cea a majorităţii lumii rurale din România şi cu cea a populaţiei urbane, aşa cum reiese din studiile efectuate pe zeci de mii de persoane. Ca rezultat al modificărilor social-economice, malnutriţia prin subalimentaţie (pelagra) a dispărut.

Studiile efectuate în perioada 1979-1980 de Institutele de Sănătate Publică Cluj-Napoca, Iaşi şi Timişoara pe 2 689 subiecţi din 12 localităţi, precum şi cele efectuate pe 2 colectivităţi muncitoreşti, ca şi cele efectuate în judeţele Braşov, Teleorman, Mehedinţi, Argeş, Brăila ş.a. au arătat că abaterile de la normele nutriţionale au fost nesemnificative. Primăvara, abaterile zonale faţă de raţia de referinţă erau de -9%, iar toamna de -1%, în zonele de câmpie. În zona de deal a Munteniei raţia optimă varia, din punct de vedere caloric, între -14%, primăvara şi -7%, toamna.

În privinţa aportului de proteine totale s-a remarcat o acoperire satisfăcătoare a raţiei pe plan naţional. *Atât din situaţia fiecărei localităţi în parte cât şi din sintezele pe zone geografice a rezultat şi un aport corespunzător de proteine animale.* Variaţia consumului de lipide a fost, de asemenea, acceptabilă (-2% în zona de câmpie a Munteniei şi -4% în zona precarpatică a Munteniei), toamna şi primăvara consumul de lipide variind între -2% şi +1%.

Consumul de glucide în localităţile investigate prezenta un deficit mai mic de 10% primăvara şi 7% în perioada de toamnă.

Scanned with OKEN Scanner

Constatările generale sunt următoarele:

a) aportul de carne era puțin crescut față de rația de referință, fiind mai accentuat în perioada de toamnă;

b) aportul de ouă era și el crescut față de rația de referință, mai ales în perioada de primăvară;

c) aportul de brânză era, la rându-i, crescut față de rația de referință;

d) *aportul de lapte era deficitar*, fiind compensat, în ceea ce privește cantitatea de proteine, de celelalte alimente, dar nefiind compensat în ceea ce privește aportul de calciu și vitamine liposolubile, *mai ales la grupele de copii și adolescenți*;

e) aportul de grăsimi se afla la nivelul rației de referință și era puțin mai crescut toamna, datorită aportului de lipide vegetale. Untul lipsea din alimentația unor categorii de populație, iar la cele care-l consuma, cantitatea de unt nu depășea media zilnică de 5-6 g (150-180 g pe lună);

f) aportul de pâine era crescut, fenomen cunoscut ca mod de comportament nutrițional în România. De asemeni, consumul de leguminoase era crescut în acea perioadă. Cu toate acestea, au apărut unele carențe la consumul de produse cerealiere în unele locuri;

g) aportul de cartofi era deficitar;

h) aportul de fructe era mult scăzut față de rația de referință;

i) aportul de leguminoase uscate era mai mare față de necesarul optim;

j) aportul de zahăr era deficitar, fiind la jumătate față de rația de referință.

Investigații edificatoare s-au făcut în perioada 1979-1984 de către mai multe instituții de profil printre care amintim: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară (studiu efectuat în anii 1983 și 1984, pe un eșantion de populație de 47 722 persoane din mediul urban și rural din toată țara) și Academia de Științe Medicale (studiu efectuat în perioada 1979-1984 pe 7 384 persoane ș.a. și în perioada 1986-1990 în mediul rural și urban din Transilvania).

Concluziile acestor investigații au fost următoarele:

1. Mediile aportului caloric s-au situat în limitele normale.
2. S-au înregistrat deficiențe ale consumului de proteine, mai ales în regiuni rurale.
3. La copiii și adolescenții din mediile rurale investigate au existat carențe în proteine animale.
4. Media consumului de lipide a fost normală, sau hiperlipidică. Au predominat lipidele vegetale.
5. S-a constatat că aportul de lapte, brânzeturi, fructe, cartofi și zahăr era deficitar, iar cel de leguminoase, grăsimi, pâine și alte derivate cerealiere (mălai), ouă și carne era excedentar.

Scanned with OKEN Scanner

6. S-a constatat un indice de prevalență a obezității de 9,5% (Mihăilescu și colaboratorii, 1982) cu variații între 26% la femei, 20% la bărbați și 7-18% la copii. De asemenea, indicele de prevalență a hipertensiunii arteriale era de 12% din totalul populației, fiind mai mică la bărbați (11%). Hipertensiunea arterială avea o frecvență crescută în Moldova (27%).

* *
*

În perioada premergătoare anului 1989 cercetările efectuate de specialiști din SANEPID-urile județene, pe eșantioane semnificative de populație demonstrează unele modificări substanțiale în alimentație.

Astfel, cercetările efectuate în București pe un eșantion de muncitori au găsit deficit față de recomandări în consumul alimentar de carne și preparate din carne (-21,3%), pește (-1,2%), ouă (-34,6%), cartofi (-51,3%), derivate cerealiere (-14,2%), legume (-30,1%), fructe (-52,3%) și zahăr (-55,8%).

Alimentația nu a acoperit necesarul caloric zilnic în multe situații.

Conținutul în proteine a prezentat la eșantionul studiat abateri anuale în care deficiențele variau de la -8,9% (primăvara) la -33% (toamna), având o variație anuală de -15,6%. Carența în proteine se făcea resimțită datorită consumului insuficient de carne, lapte și ouă. S-a constatat, de asemenea, aportul insuficient de derivate cerealiere.

Consumul mediu de lipide s-a situat cu puțin peste cel optim recomandat.

Lipsurile alimentare care s-au accentuat după anul 1984 au început să se facă resimțite la o mare parte din populație, atât din mediul rural cât și din cel urban.

Deși aportul de glucide provenea din consumul de alimente relativ ieftine, au apărut în unele locuri carențe și la această grupă, datorită consumului insuficient de zahăr și fructe.

Anchetele alimentare efectuate de centrele sanitaro-antiepidemice au pus în evidență consumul deficitar de lapte, ouă, fructe, legume proaspete de sezon, produse zaharoase etc. A atras atenția, de asemenea, monotonia alimentației, monotonie concretizată prin repetare la intervale scurte de timp a aceloraşi preparate culinare.

Investigarea stării de sănătate a pus în evidență frecvența hipertensiunii arteriale, atât în mediul rural cât și în cel urban din Transilvania, Moldova și Banat. De asemenea, a fost remarcată și o frecvență crescută a stării de hiperponderabilitate în rândul celor investigați.

Scanned with OKEN Scanner

*Toate aceste studii au fost prezentate pentru a evidenția întregul complex al alimentației în această perioadă de mari transformări sociale .

Dacă alimentația din trecut era marcată de greșeli și lipsuri alimentare importante, care au generat existența unor indicatori nefavorabili ai stării de nutriție, aceasta ajunge la un echilibru care se face resimțit în perioada anilor 1970-1980. Din păcate, începând cu anul 1984 are loc un proces de deteriorare continuă a alimentației, ajungându-se la serioase deficiențe alimentare în perioada 1986-1989.

Se știe că influența negativă a alimentației dezechilibrate asupra copiilor și adolescenților se face simțită fie prin nivelul redus statural și ponderal în condiții de malnutriție, fie prin exces ponderal, când este vorba de supraalimentație. La toate acestea contribuie nu numai modificările nutritive necorespunzătoare din alimentație ci și deficiențele de ordin educativ, sanitar și cultural.

Nivelul dezvoltării fizice al copiilor și tinerilor a scăzut în perioadele de război, de crize economice de după războaie și în perioadele de prefaceri sociale caracterizate prin lipsuri mari. Dezvoltarea somatică a copiilor este influențată, în mod deosebit, de consumul zilnic de lapte și de echilibrul principiilor nutritive. Cercetările lui Tănăsescu publicate în anul 1986 în *Igiena copilului și adolescentului* sunt edificatoare. *Comparând datele obținute în anul 1978, cu rezultatele cercetărilor din 1950,1957,1964 și 1971, acesta constata fenomenul de accelerare a creșterii, atât la populația din mediul urban cât și la cea din mediul rural. Astfel, nou născuții din mediul urban au crescut în înălțime în perioada 1957-1978 de la 50,3 cm la 51,6 cm și de la 3,2 kg la 3,5 kg, în greutate. Comparativ cu anul 1950 contingentele de băieți (4-18 ani) cercetate în anul 1978 au avut o înălțime cu 2,5-12,4 cm mai mare, iar fetele au avut o statură medie mai crescută cu circa 2,1-8,5 cm. S-a remarcat o accentuare a sporului datelor de înălțime la ambele sexe în perioada anilor 1964-1968 în comparație cu perioada 1957-1964. Greutatea copiilor în vârstă de 7 ani din anul 1960 este atinsă la vârsta de 6 ani de băieții din mediul urban în anul 1971.*

Media de viață a crescut de la 42,01 ani cât era în anul 1932, la 63,17 ani în anul 1956 și la 69,42 ani în perioada 1987-1989.

*
* *

România în perioada de tranziție (1990-2000)

**Structura socio-economică a populației din România.* În analiza structurii socio-economice a populației în perioada de tranziție se pornește de la numărul

Scanned with OKEN Scanner

de locuitori la data de 31 decembrie 1998 (22 508 803 locuitori) şi de la analiza pe medii de viaţă (12 383 803 locuitori în mediul urban şi 10 155 000 locuitori în mediul rural).

În analiza factorilor demografici se observă o scădere a procentului de copii de la 28,8% (1989) la 23,64% (1998) datorită scăderii indicilor de natalitate. Mortalitatea generală, mortalitatea infantilă (grafic I şi II) prezintă sugestiv această evoluţie.

Populaţia activă a României era de 11 520 000 locuitori la 31 decembrie 1998, din care 28% lucrau în sectorul privat. La acea dată existau 1 183 000 şomeri (12% din populaţia activă) şi 5 787 532 pensionari.

Analizând structura de salarizare în economia românească, în luna decembrie 1998, salariul mediu era de 1 191 510 lei. Salariul mediu pe economie a ajuns, în luna august 1999, la 1 624 183 lei (la o valoare a dolarului de 16 423 lei). Puterea de cumpărare era în luna august 1999 similară celei din februarie-martie 1999[3] (circa 89,7% faţă de luna decembrie 1998 şi aproximativ 61% faţă de anul 1990).

Situaţia ţăranilor este mult mai proastă. O analiză reală prezentată în ziarul „România liberă" din 15 decembrie 1999 arată că unui ţăran care are 10 ha pământ nu-i rămâne din munca sa decât un venit net neimpozabil de 1 200 000 lei anual (după ce îşi achită toate dările). Veniturile pensionarilor prin asigurările sociale de stat erau la 1 ianuarie 1999 de 644 808 lei lunar. În trimestrul III venitul mediu lunar a fost de 685 347 lei (pensiile fiind între 100 000 lei lunar şi 1 500 000 lei lunar). Numai 18 000 pensionari, din cei aproximativ 6 000 000, aveau pensia mai mare de 1 500 000 lei. În mediul rural, pensiile agricultorilor variază între 20 000 şi 180 000 lei, în condiţiile în care preţurile au crescut cu 22,8% faţă de decembrie 1998.

Pensionarii din mediul urban locuiesc în blocuri, iar 52% din numărul lor au pensia lunară sub 522 000 lei. Din suma aceasta, după achitarea taxelor de întreţinere, le mai rămân circa 30 000 lei pentru hrană, ceea ce echivalează cu o pâine la două zile. Peste 92% din pensionari au ca sursă unică de venit pensia.

---

[3] Salariul mediu net pe economie în luna februarie 2000 a fost de 1 748 052 lei în creştere faţă de luna ianuarie 2000 cu 1,3%, iar salariul brut a fost de 2 276 621 lei. În lunile ianuarie şi februarie 2000 raportul între creşterea salariilor şi rata inflaţiei a condus la prăbuşirea puterii de cumpărare cu 17,6% faţă de 31 decembrie 1999. Cele mai mari scumpiri au fost la alimente (+6,8%). Comparativ cu luna ianuarie 1999 rata inflaţiei a fost de 42,4% la alimente, 89,8% la servicii şi 60,0 la mărfuri nealimentare (sursa: Comisia Naţională de Statistică, martie 2000).

Scanned with OKEN Scanner

Peste 60% dintre ei nu pot consuma carne și peste 50% dintre ei au o hrană sub limita fiziologică. Peste 70% dintre pensionari au o stare de sănătate precară pentru că ei nu apelează la serviciile de sănătate decât în stadii tardive ale bolilor. Din această cauză, starea de nemulțumire a pensionarilor a ajuns la proporții îngrijorătoare.

Existau în România (luna octombrie 1999) 1 064 500 de șomeri (sursa: Comisia Națională de Statistică). În luna noiembrie rata șomajului era de 10,8%; la 31 decembrie 1999 aceasta era de 11,5%, raportată la populația activă civilă. România se confruntă cu fenomenul de cronicizare a șomajului. Există mulți oameni care nu-și mai găsesc un loc de muncă. Pur și simplu, populația aptă de muncă se autotransferă în șomaj. Ajutoarele de șomaj medii lunare erau în luna octombrie 1999 de 522 932 lei, ajutoarele de sprijin, în medie de 266 753 lei, iar ajutoarele de integrare socială de 295 753 lei. Aceste sume sunt derizorii în raport cu evoluția galopantă a inflației.

Durata medie a șomajului este de 16,2 luni. Mulți dintre ei nu-și mai caută de lucru, pierzându-și speranța într-un trai mai bun. Peste 54% dintre ei cred că nu mai au nici o șansă de a fi angajați.

Numărul săracilor din România a ajuns, la data de 31 decembrie 1998 (conform raportului Comisiei Naționale de Statistică și Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare), să depășească cifra de 7 600 000 de persoane. Săracii sunt definiți, conform statisticii Comisiei Naționale de Statistică, ca fiind acele persoane care la nivelul lunii septembrie 1999 aveau un venit mediu de 683 436 lei. Comisia Națională de Statistică apreciază că peste 1/3 din populația țării trăiește sub nivelul minim de sărăcie. Salariul mediu de circa 1 600 000 lei este sub 100 de dolari (octombrie 1999), fiind unul dintre cele mai mici salarii din Europa, așa cum reiese din tabelul existent în text.

Populația cea mai săracă se găsește în zonele din estul țării (în special cele din nord-estul țării). Populația cu un grad mai mic de sărăcie se găsește în zonele din vestul și nordul țării (522 000 persoane, ceea ce reprezintă 23% din totalul locuitorilor acestor regiuni).

Cel mai mare număr de săraci (60 de persoane din 100) se găsește în gospodăriile de țărani și pensionari. Din numărul total al săracilor, 39% (2 968 000 persoane) provin din gospodăriile salariaților și 26% provin din gospodăriile de pensionari. Cele mai afectate sunt familiile cu un număr mare de membri.

* La data de 1 ianuarie 2000 am păşit în deceniul al II-lea al tranziției către economia de piață. Sfârșitul primului deceniu și începutul anului 2000 este marcat

de o serie întreagă de neîmpliniri în planul socio-economic. Starea de înapoiere în care se găsesc multe din oraşele ţării şi peste 95% din sate (unde trăiesc aproximativ 10 155 000 persoane ce reprezintă peste 45% din populaţia ţării) şi absenţa infrastructurilor necesare unui trai civilizat (străzi asfaltate, reţele de alimentare cu apă şi canalizare, reţele de distribuire a energiei electrice şi a telefoniei la sate, starea locuinţelor şi inexistenţa dotărilor interioare necesare pentru satisfacerea nevoilor fiziologice, dotări tehnice precum radioul, televizorul, maşina de spălat, aragazul, cuptorul electric, mijloace de transport precum automobilul, motocicleta, bicicleta ş.a), sunt semne ale sărăciei în care trăieşte marea majoritate a românilor. Îmbătrânirea populaţiei rurale, „emigrarea" tinerilor în oraşe datorată imposibilităţii de a-i determina să rămână în sate sunt factorii care au ca rezultat ineficienţa Legii nr.18/1991 (completată de Legea nr.169/1997 şi Legea nr.1/2000). Atâta timp cât proprietatea funciară este lipsită de existenţa dotărilor tehnice corespunzătoare precum şi de existenţa unui management modern, producţia agricolă va fi în continuare ineficientă. În actualele condiţii, existenţa parcelelor de pământ (în medie aproximativ 2,3 ha teren de gospodărie) nu va permite apariţia unor rezultate economice corespunzătoare, lăsând impresia că privatizarea în agricultură este contraproductivă, iar pământurile vor rămâne nelucrate.

De aceea nu este de mirare că în anul 1999 a avut loc un declin accentuat al agriculturii faţă de anul 1998, fapt previzibil, din păcate, şi pentru anul 2000. Astfel, producţia de grâu şi de secară a fost cu 10,1% mai scăzută decât în anul 1998 (an cu o producţie agricolă insuficientă); producţia de orz şi orzoaică a fost cu 17,7% mai scăzută decât în anul 1998; producţia de sfeclă de zahăr a fost cu 40,1% mai scăzută şi producţia de fructe a fost cu 9,2% mai scăzută decât cea din anul 1998. Creşteri s-au observat la producţia de cereale boabe (la porumb producţia înregistrând o creştere de +26,8%), la producţia de cartofi (+19,2%) şi producţia de plante uleioase (+21,9%) (sursa: Comisia Naţională de Statistică, februarie 2000). Zootehnia s-a aflat, în continuare, în regres faţă de anii anteriori. Astfel, numărul de porcine şi caprine a scăzut cu 17,3%, iar cel de ovine a scăzut cu 5,2%. Numărul bovinelor a înregistrat un plus nesemnificativ de 0,4%, ceea ce echivalează cu un plus de 12 200 capete de bovine (sursa: Comisia Naţională de Statistică, februarie 2000).

Exporturile româneşti pe anul 1999 au reprezentat o creştere de 2,5% (8,5 miliarde dolari), iar importurile au fost mai reduse decât în anul 1998 (9 304,9 milioane dolari), fapt care a contribuit la scăderea deficitului pe piaţa externă, care a fost de 3 093,5 milioane dolari pe anul 1998 şi 1 656,5 milioane dolari pe anul 1999. Trebuie menţionat aici că la scăderea deficitului pe piaţa externă un rol important l-a avut reducerea masivă a importurilor de energie şi reducerea activităţii sectoarelor energofage.

Scanned with OKEN Scanner

Reamintim că la începutul anului 1999 bugetul a fost construit ținând cont de rata anuală preconizată a inflației care a fost de 25%. Bugetul realizat a fost de 100,6% (și nu 25% cât s-a estimat). Rata inflației a fost de 54,8% în raport cu data de 31 decembrie 1998.

Bugetul propus pentru anul 2000 este de 236 000 miliarde lei la venituri și 257 700 miliarde lei la cheltuieli (cu un deficit prognozat de 3% din P.I.B., P.I.B.-ul calculat pentru anul 2000 reprezentând suma de 725 000 miliarde lei). Inflația estimată este de 27% în anul 2000 la o valoare medie a dolarului de 20 500 lei (sursa: Comisia Națională de Statistică, februarie 2000).

Începutul deceniului al II-lea al tranziției a fost marcat de greva generală a cadrelor didactice din învățământul preuniversitar (la care se prevedea și ralierea cadrelor didactice din învățământul universitar), obiectivul acesteia fiind acordarea a 4% din P.I.B. pentru învățământ (prevedere existentă în Legea învățământului). Aceste revolte existente și în alte sectoare ale societății, au ca scop soluționarea unor revendicări absolut normale, protestatarii cerând respectarea drepturilor elementare referitoare la asigurarea unui loc de muncă, precum și salarii necesare asigurării unui trai decent.

Tot în plan social este important de remarcat faptul că la începutul anului 2000 existau în jur de 788 000 de analfabeți, având vârsta de peste 12 ani, care reprezintă aproximativ 4% din populație (sursa: Institutul Național de Științe ale Educației, Comisia Națională de Statistică), date cuprinse în raportul autorităților române către U.N.E.S.C.O. pentru Conferința „*Educația pentru toți în Europa și America de Nord*" ce a avut loc la Varșovia (perioada 6-8 februarie 2000). Cea mai mare rată a adulților care nu știu să scrie și să citească se înregistrează în rândul femeilor (75% din totalul analfabeților) și a persoanelor având vârsta peste 65 de ani (aproape 52% din totalul analfabeților). La grupa de vârstă sub 34 de ani rata cea mai mare a analfabeților se constată la cei având vârsta între 15 și 19 ani.

De remarcat procentul crescut de analfabeți sau de abandon școlar întâlnit printre tinerii din mediul rural (și printre rromi) sau din zonele de recesiune economică. Îngrijorător este faptul că tineretul universitar din același mediu este în scădere.

La această situație de fapt se adaugă și restructurările preconizate în toate sectoarele vieții sociale și economice (în prezent 11,5% din forța de muncă activă aflându-se în șomaj) care au un profund ecou negativ în rândul cetățenilor. Aceste restructurări înseamnă noi disponibilizări de forță de muncă, creșterea impetuoasă a ratei șomajului și, implicit, accentuarea sărăciei. Această situație are implicații și în planul psihologic al oamenilor rămași fără locuri de

Scanned with OKEN Scanner

muncă, creându-le sentimentul de inutilitate şi de culpabilitate. Statutul de şomer ca şi cel de pensionar este privit ca o ruşine. Şi totuşi, la sfârşitul primului deceniu al tranziţiei către economia de piaţă, în pofida tracasării, oboselii şi a lipsurilor de tot felul existente, românii acceptă continuarea procesului de reformă, aşa cum o dovedesc sondajele de opinie de dată recentă (citãm sondaje I.S.O.P. efectuate în perioada 2-8 ianuarie 2000 de către Fundaţia „România de Mâine"). Din aceste sondaje reiese că 69% din numărul celor intervievaţi apreciază reforma ca fiind necesară, românii considerând că direcţia în care „merge " reforma este cea bună, iar integrarea în Uniunea Europeană este necesară. Se consideră însă că s-a greşit maniera în care s-a efectuat deplasarea pe acest drum al tranziţiei. De asemenea, tot în acelaşi sondaj, la întrebarea „Care domenii consideraţi că trebuiesc sprijinite pentru ca România să iasă din criză?" pe primul loc se situează agricultura (43,74% din opţiuni), fiind urmată de industrie (18,82% din opţiuni) şi de turism (7,07% din opţiuni).

În expunerea raportului Guvernului intitulat *„Coordonatele strategice pe termen mediu ale României"*, primul ministru a prezentat strategia de dezvoltare pe termen mediu, respectiv pe anii 2000-2004, cu deschidere spre anii 2008-2010, susţinând o serie de priorităţi strategice economice şi sociale care trebuiesc susţinute şi protejate (grăbirea privatizării noilor întreprinderi neproductive, veniturile din privatizare urmând a fi folosite pentru răscumpărarea datoriei publice; creşterea economică cu un ritm anual de 6-7% din P.I.B.; continuarea negocierilor pentru intrarea în Uniunea Europeană; creşterea nivelului de trai pe baza unei strategii eficiente şi practice, pornind de la cunoaşterea, recunoaşterea şi îndreptarea stării socio-economice existente în ţară).

Indicatorii economici pe anul 1999 au fost total nefavorabili pentru economia românească (Comisia Naţională de Statistică, februarie 2000). Am asistat şi asistăm în continuare la o scădere a valorii absolute a producţiei globale industriale (8,0%) faţă de scăderile producţiei globale industriale de peste 23% a anilor 1997 şi 1998. Aceste minusuri au apărut şi apar în continuare în toate ramurile de activitate. De exemplu, în industria metalurgică scăderea producţiei era de 36,5% în anul 1999; în industria prelucrării ţiţeiului şi cocsificarea cărbunelui scăderea producţiei era de 26,3%; în industria electronică (echipamente şi aparate de radio) scăderea producţiei era de 25,1%; în industria textilă şi a produselor textile scăderea producţiei era de 23,9% şi în industria prelucrării cauciucului şi a maselor plastice scăderea producţiei era de 23,4%.

În câteva ramuri industriale, cu rol minor în economia naţională, au existat creşteri notabile: confecţionarea articolelor de îmbrăcăminte şi încălţăminte

(+13,8%), celuloză și hârtie (+10,7%), mobilier (+11,4%). În mod remarcabil, a avut loc o creștere a producției de instrumente și aparatură medicală, aceasta fiind însă subestimată în economia noastră industrială (+35,4%).

***Tranziția și starea de sănătate a populației din România.** Consecințele sărăciei pe termen lung și, prin aceasta, ale scăderii nivelului de trai, sunt alterarea stării de sănătate (vezi cap.II, partea a III-a) cât și dezvoltarea psihică și fizică necorespunzătoare a populației.

Cercetări recente efectuate în mediul rural arată o creștere îngrijorătoare a bolilor cardiovasculare, a TBC-ului, cât și a bolilor psihice. Peste 2% din totalul populației unor comune prezintă tulburări psihice, înregistrând o pronunțată tendință de creștere la minori. Într-o proporție de peste 50% din totalul copiilor și tinerilor cercetați se găsește un coeficient intelectual mai mic de 60%, consecință a alimentației inconsistente, hipovitaminozei, săracă în săruri minerale și oligoelemente și, mai ales, în proteine animale.

La majoritatea centrelor de recrutare militare județene, din rapoartele medicale primite reiese că în rândurile tinerilor se întâlnesc tot mai frecvent afecțiunile cardiovasculare, afecțiunile digestive și afecțiunile neuro-psihice. *„Medicii din cadrul comisiilor de expertiză sunt alarmați, mai cu seamă datorită numărului mare de cazuri de nevroze, tulburări anxio-fobice și de personalitate. Un alt motiv de îngrijorare îl constituie scăderea drastică a coeficienților de inteligență, cu precădere la cei din mediul rural, ceea ce îi face inapți pentru efectuarea serviciului militar. Oare faptul că tinerii de numai 20 de ani sunt găsiți cu ulcere datorită condițiilor materiale precare în care trăiesc și că, în urma stresului provocat de nesiguranța zilei de mâine, au ajuns cardiaci sau cu tulburări de comportament nu dă de gândit nimănui?* (A.I., ziarul „România liberă" nr.86/1999)

Din clasamentul stării de sănătate a populației țărilor europene, efectuat în 35 de țări pe baza analizei a 14 indicatori de sănătate, România este clasată pe unul din ultimele locuri, după Turcia, Ungaria și Bulgaria (Health Care, 1998).

* Studiindu-se structura socio-economică din România în perioada de după 1990, veniturile populației, nivelul de trai și asistența medicală, s-a ajuns la concluzia că există o strânsă interrelație între nivelul de trai scăzut, asistența medicală insuficientă și starea de sănătate a populației pe baza calculului indexului de sănătate. Indexul de sănătate cuprins între 0,482 și 0,500 arată o stare de sănătate fragilă, o stare de sănătate bună având indexul de sănătate sub valoarea de 0,482. Acest calcul a permis aprecierea disparității stării de sănătate în toate județele țării. În calculul indexului stării de sănătate au fost luați în considerație cinci indicatori

Scanned with OKEN Scanner

standardizați: mortalitatea infantilă, speranța de viață, mortalitatea prin boli cardiovasculare, mortalitatea prin boli respiratorii, mortalitatea prin cancer. S-a analizat influența unor factori ca standardul de viață, calitatea serviciilor medicale și poluarea mediului înconjurător în calculul indexului de sănătate al disparității regionale. Indexul serviciilor de sănătate s-a apreciat luând în considerare numărul de locuitori/medic, numărul de consultații medicale efectuate pe 1 000 de locuitori, nivelul asistenței medicale, bugetul sănătății pe cap de locuitor etc.

Cercetând rata mortalității generale în România și într-o serie de state europene - dintre care trei fac parte din fostul „lagăr socialist" (Bulgaria, Polonia și Ungaria), iar celelalte trei (Franța, Italia și Olanda) aparțin Europei Occidentale -, prin compararea perioadelor cuprinse între anii 1970 - 1975, 1990 - 1995 și 1997, se constată o curbă ascendentă până în anul 1997 în România, Bulgaria și Ungaria și descendentă în celelalte țări analizate. De altfel, analiza ratei mortalității în anii 1991-1993, efectuată pe cauze de mortalitate în 18 țări din Europa, arată că mortalitatea în țările de Est este mai mare decât în țările din Vest.

În analiza ratei mortalității în România în mediul urban și mediul rural în anul 1998 se observă rata creșterii mortalității, diferențiată pe medii. Rata medie a mortalității pe țară era de 12/1 000 locuitori din care 15,3/1 000 locuitori în mediul rural și 9,2/1 000 locuitori în mediul urban. Ca o motivare a acestei diferențe a ratei mortalității pe medii poate fi și ponderea populației vârstnice cu vârsta peste 65 de ani (17,1% în mediul rural și 9,2% în mediul urban).

Rata mortalității infantile, analizată prin comparație, în aceleași perioade și în aceleași țări, arată că România se situează printre țările cu mortalitatea cea mai mare (40‰ în anul 1970, 23‰ în anul 1990 și 22,3‰ în anul 1997 și 20,5‰ în anul 1997) față de toate celelalte 6 țări. S-a constatat că țările din Europa Răsăriteană prezentau o mortalitate dublă față de celelalte țări occidentale.

Din analiza cauzelor mortalității că în România o primă cauză este prin boli cardiovasculare (62,09% în anul 1996, 61,44% în anul 1997 și 61,8% în anul 1998 din totalul deceselor). De fapt, în timp ce în țările occidentale și în S.U.A. asistăm la o scădere a ratei de mortalitate prin boli cardiovasculare cu aproape 2/3 față de anii '70, la noi observăm o creștere permanentă (458,1‰ în anul 1970, 627‰ în anul 1990, 739‰ în anul 1998 și 836 ‰ în semestrul I al anului 1999).

Comparativ, dăm datele din Franța, unde mortalitatea prin boli cardiovasculare în anul 1996 este de 28,8% din totalul deceselor, ocupând locul al doilea, după mortalitatea prin cancer (32,2%).

Din analiza pe județe a mortalității prin boli cardiovasculare, cel mai mare număr de decese se întâlnește în județele din vestul și sud-vestul țării, iar cel mai scăzut în județele din centrul și estul țării.

Scanned with OKEN Scanner

În raport de rata mortalității la $^{0}/_{0000}$ județele pot fi împărțite astfel (în anul 1998): Teleorman - 1 273; Sălaj - 1 107; Giurgiu - 1 051; Arad - 1004; Brăila - 927; Bihor - 892; Dolj - 965; Mehedinți - 944; Olt - 951; Caraș-Severin - 873; Călărași - 873; Vâlcea - 868; Alba - 822; Ialomița - 805; Cluj - 788; Satu Mare - 795; Dâmbovița - 776; Botoșani - 769; Timiș - 767; Mureș - 760; Hunedoara - 753; Harghita - 753 și Ilfov - 739.

Analiza cauzelor mortalității prin boli cardiovasculare relevă următoarele aspecte:

- toate cele 14 județe din Ardeal (inclusiv cele 5 cu mortalitate sub media pe țară) prezintă drept cauză a mortalității predominanța *cardiopatiei ischemice*. Analiza alimentației arată predominanța regimului hipercaloric, hiperlipidic, consumul mare de proteine animale, consumul mare de alcool;
- un număr de 13 din cele 15 județe din Oltenia și Muntenia prezintă o mortalitate predominant prin accidente cerebrovasculare (excepție făcând județele Argeș și Prahova). Analiza alimentației arată mari deficiențe: regim adesea hipocaloric, bogat cerealier, sărac în proteine animale, legume, fructe și bogat în grăsimi animale și consum mare de băuturi alcoolice. În 3 din cele 15 județe analizate mortalitatea este sub media pe țară;
- în Capitală predomină mortalitatea prin cardiopatie ischemică (gradul de mortalitate este sub media pe țară);
- în Moldova mortalitatea prin boli cardiovasculare este cea mai scăzută (7 județe din 8 se situează sub media pe țară);
- în 22 din cele 41 de județe și în Municipiul București predomină mortalitatea prin cardiopatie ischemică (dintre care 14 județe sunt din Ardeal);
- în 19 județe predomină mortalitatea prin boli cerebrovasculare. Aceste județe sunt și cele mai sărace din țară.

Mortalitatea prin cancer a avut în România o evoluție lent ascendentă, ocupând locul al doilea pe țară;

Mortalitatea prin boli respiratorii prezintă o cauză principală prin recrudescența TBC -ului (boala mizeriei). În fiecare an se îmbolnăvesc de TBC 25 550 indivizi și mor 2 555 indivizi. Numai în primele zece luni ale anului 1999 rata de creștere a TBC-ului este cu 10% mai mare decât în anul 1998. Bolile respiratorii, altele decât TBC, se întâlnesc în 5,92% din cazurile de mortalitate.

Din analiza în județe pe baza indexului de sănătate reiese o alterare a stării de sănătate în anul 1997 față de anul 1994. Dacă în anul 1994 un număr de 21 de județe aveau o stare bună de sănătate, 9 județe aveau o stare vulnerabilă de sănătate și 11 județe aveau o stare alterată de sănătate, în anul 1997 o stare bună de sănătate exista în 13 județe, o stare vulnerabilă de sănătate exista tot în 13 județe și 15 județe aveau o stare proastă de sănătate.

Scanned with OKEN Scanner

Din analiza comparativă a stării de sănătate pe medii (rural şi urban) reiese că starea de sănătate este afectată în mediul rural la 29 de judeţe, iar în mediul urban la 19 judeţe.

Analiza mediei de viaţă arată că în România ea este mai scăzută decât a celei din cele şase ţări europene cu care s-a făcut comparaţia anterior.

Din analiza stării de sănătate în România în anii 1997 şi 1998 reiese că degradarea gravă a sănătăţii se datoreşte nivelului de trai scăzut şi asistenţei medicale necorespunzătoare la nivelul întregii populaţii.

**Alimentaţia populaţiei în perioada de tranziţie.* Alimentaţia populaţiei în perioada 1990-1999 continuă să-şi păstreze (după o ameliorare semnificativă în anii 1990-1991), situaţia de dinainte de anul 1989, iar în anii 1997-1998 situaţia alimentaţiei se agravează profund deşi, aparent, abundenţa pieţei alimentare nu motivează această stare de fapt. Această situaţie are repercusiuni foarte mari asupra stării de sănătate.

Explicaţia existenţei acestei situaţii este dată de evoluţia stării economico-sociale din România ultimilor zece ani, caracterizată prin:

a) scăderea producţiei industriale şi desfiinţarea unor mari unităţi industriale fără ca industria mică şi mijlocie să se dezvolte;

b) creşterea şomajului;

c) scăderea producţiei agricole şi a activităţilor din acest domeniu.

Toate aceste aspecte, prelungite exagerat în timp, au dus la scăderea continuă a nivelului de trai.

În raportul intitulat „*Coordonate ale sărăciei, dimensiuni şi fapte*", comunicat pe data de 20 octombrie 1999, specialişti din mai multe instituţii (Institutul de Cercetări Economice din cadrul Academiei Române, Institutul pentru Cercetarea Calităţii Vieţii, Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare, Comisia Naţională de Statistică) arată situaţia gravă a nivelului de trai existent în România în prezent. Prin acest raport s-a adus la cunoştinţă Executivului că peste 7 600 000 de locuitori din România (populaţia în prezent fiind de 22 500 000 locuitori) trăiesc sub pragul sărăciei; un număr de 60 din 100 locuiesc la ţară sau sunt şomeri. „*Sărăcia este cu atât mai mare cu cât numărul de persoane dintr-o gospodărie este mai mare şi cu cât numărul copiilor este mai crescut*" (Comisia Naţională de Statistică).

„*În mediul rural peste 50% dintre cei cercetaţi prezintă afecţiuni psihice, iar coeficientul de inteligenţă este scăzut sub 60% faţă de normal. Aceasta demonstrează caracterul precar al alimentaţiei inconsistente, lipsite de vitamine, minerale, oligoelemente şi alte componente nutritive strict necesare*" (dr. Mioara Rădulescu, ziarul „România Liberă" din 30 noiembrie 1999).

Scanned with OKEN Scanner

Această constatare este menționată și de rapoartele primite de la centrele județene de recrutare militară care sunt obligate să respingă un număr din ce în ce mai crescut de tineri încorporabili din pricina lipsei de dezvoltare fizică și psihică a acestora.

Un studiu recent efectuat pe un eșantion de 36 000 gospodării din 501 centre de cercetare din întreaga țară de către Comisia Națională de Statistică (Ancheta Integrală în Gospodărie - A.I.G.) în perioada iulie 1998-iunie 1999 (publicat în ziarul „Adevărul" din 24 ianuarie 2000, sub semnătura lui Ilie Ștefan și redat în rezumat) arată: în perioada analizată cheltuielile totale lunare pentru o gospodărie au însumat 2 040,6 mii lei (venitul mediu brut pe economie a fost de 2 084,1 mii lei; veniturile la patroni au depășit de 2,3 ori venitul mediu, iar veniturile de la șomeri au reprezentat numai 76% din venitul mediu; de precizat că la o sută de lei salariu brut, revine peste 23 lei impozit pe salariu, contribuția la pensii suplimentare și șomaj). Cheltuielile totale au fost în medie de 3 767,0 mii lei la patroni, de 2 756,1 mii lei la salariați, de 1 928,1 mii lei la șomeri și pensionari. Populația consumă 55% din venituri pentru alimentația zilnică; șomerii nu dispun pentru alimentație decât de 262,8 mii lei lunar, ceea ce înseamnă 10 000 lei (zece mii lei)/persoană (în prezent fiind 1 100 000 milioane șomeri, ceea ce reprezintă 11,5% din forța de muncă salariată).

În ceea ce privește salariații, cheltuielile pentru bunuri alimentare și plata serviciilor au fost de 490 500 lei/persoană lunar, respectiv 16 000 lei pe zi. Aproximativ 37% din totalul cheltuielilor pentru alimentație și băuturi au fost asigurate din resurse proprii ale gospodăriilor (29% în mediul urban și 58% în mediul rural, situație caracteristică pentru nivel de viață scăzut la populații sărăcite). Structura cheltuielilor pentru cumpărarea produselor alimentare relevă că 57,0% au fost destinate pentru pâine și produse cerealiere, carne și produse din carne, ulei și cartofi. Cheltuielile bănești pentru surse nealimentare reprezintă la salariați 281 251 lei pe gospodărie, respectiv 85 230 lei pentru o persoană (mai mult de jumătate din această sumă este pentru îmbrăcăminte și combustibil).

În ceea ce privește plata serviciilor, cea mai ridicată pondere (60,0%) o dețin cheltuielile pentru energia electrică, apă, canal, salubritate, telecomunicații. *Sumele alocate pentru îngrijire medicală, igienă, pregătire școlară și recreere sunt nesemnificative.*

Pentru a avea o viziune unitară asupra alimentației populației din România, în cele trei perioade istorice ce au urmat după primul război (prima perioadă este cuprinsă între cele două războaie mondiale; a doua perioadă este cuprinsă după cel de-al doilea război mondial până în anul 1989, și cea de-a treia perioadă este cuprinsă în perioada anilor 1990 până în anul 1998), redăm o serie de date comparative ale indicilor de alimentație la alimentele de bază în anii 1933, 1982,

Scanned with OKEN Scanner

1992 şi 1998. Datele redate sunt preluate din *Enciclopedia României*, fiind redactate de Gusti D. (anul 1938), Buletinele de Statistică din perioadele respective, documentele publicate de Comisia Națională de Statistică pentru perioada anilor 1990-1999 şi documentele publicate de Direcția Generală de Statistică a Ministerului Sănătății pentru perioada anilor 1990-1998.

- Consumul de carne şi produse din carne zilnic pe cap de locuitor a fost de 250 g în anul 1933, 165 g în anul 1982 şi de 125 g în anii 1992-1996. În anul 1997 consumul de carne a fost de 119,4 g, iar în anul 1998 consumul a fost de 118 g zilnic pe cap de locuitor. Comisia Națională de Statistică ne furnizează date şi mai precise: 77,5 g carne şi 30,1 g preparate din carne zilnic/cap de locuitor în anul 1997, iar în anul 1998 consumul de carne a fost de 76,2 g zilnic/cap locuitor şi 30,1 g preparate din carne.

- Consumul de lapte a fost de 200 ml zilnic/cap locuitor în anul 1933, 500 ml în anul 1982, 448 ml în anii 1992-1996, ajungând la 180 ml în anii 1997-1998.

- Consumul de cereale scade de la 440 g zilnic/cap locuitor în anul 1933, la 360-380 g zilnic/cap locuitor în anul 1982 şi 385 g zilnic/cap locuitor în anul 1992. Între anii 1993 şi 1996 consumul de cereale şi produse cerealiere variază între 360 şi 380 g zilnic/cap locuitor, ajungând la 330 g pâine şi 122 g cereale zilnic/cap locuitor în anul 1997 şi 328 g pâine şi 125 g cereale zilnic/cap locuitor în anul 1998. Deficitul față de cantitatea optimă a fost compensat prin consum de mălai crescut, mai ales în mediu rural. În anul 1998 consumul de mălai a fost de 118 g zilnic/cap locuitor, iar media pe țară se menține la 53 g zilnic/cap locuitor, depăşind cu mult cantitatea de 33 g zilnic/cap locuitor, care este maxim recomandată de Institutul Național pentru Cercetarea Calității Vieții din anul 1998.

- Consumul de ouă a fost de 296 buc./cap locuitor în anul 1982, 197 buc./cap locuitor în anul 1992, 168 buc./cap locuitor în anul 1997 şi 175 buc./cap locuitor în anul 1998.

- Consumul de legume a fost de 330g zilnic/cap locuitor în anul 1933, 450 g zilnic/cap locuitor în anul 1982, scăzând la 276 g zilnic/cap locuitor în anul 1992. În perioada 1993-1996 consumul de legume se menține la valori cuprinse între 306 şi 309 g zilnic/cap locuitor. În anul 1997 consumul de legume ajunge la 237 g zilnic/cap locuitor şi în anul 1998 la 248 g zilnic/cap locuitor.

- Consumul de fructe a scăzut de la 460 g zilnic/cap locuitor în anul 1933, la 230 g zilnic în anul 1982, la 130 g zilnic/cap locuitor în anul 1992. În perioada anilor 1993-1996 consumul de fructe scade de la 176 g zilnic/cap locuitor la 138 g zilnic/cap locuitor. În anii 1997-1998, consumul de fructe a scăzut la 70 g

Scanned with OKEN Scanner

zilnic/cap locuitor, respectiv 72 g zilnic/cap locuitor. În această perioadă se înregistrează cel mai mic consum de fructe existent vreodată.

- Consumul de zahăr a fost de 33 g zilnic/cap locuitor în anul 1933, 60 g zilnic/cap locuitor în anul 1982, 67 g zilnic/cap locuitor în anul 1992, variind între 65 și 68 g în anii 1993-1996. În anii 1997-1998 consumul de zahăr a fost de 29 g zilnic/cap locuitor, respectiv 30 g zilnic/cap locuitor.

În tabelele expuse în mod detaliat în acest capitol, se pot analiza pe larg valorile tuturor tipurilor de alimente consumate în perioada 1990-1998 (sursa: Comisia Națională de Statistică).

Din analiza structurii alimentare pe categorii de populație reies diferențieri semnificative, puse în evidență de Comisia Națională de Statistică prin publicațiile din data de 20 octombrie 1999 (pentru anii 1997 și 1998).

Astfel, consumul cel mai mare de carne (154 g carne zilnic/persoană) se înregistrează în rândul patronilor și al familiilor acestora, iar cel mai mic consum se înregistrează în rândul șomerilor și țăranilor (96 g zilnic/persoană), lucrătorilor pe cont propriu (100 g zilnic/persoană) și pensionarilor (92 g zilnic/persoană).

Cel mai mare consum de lapte și brânzeturi se întâlnește tot în familiile de patroni (164 ml lapte zilnic/persoană, respectiv 37 g brânză zilnic/persoană), iar consumurile cele mai mici se întâlnesc în familiile șomerilor (150 ml lapte zilnic/persoană, respectiv 28 g brânză zilnic/persoană), lucrătorilor pe cont propriu (139 ml lapte zilnic/persoană și respectiv 26 g brânză zilnic/persoană).

Consumul de ouă a fost mai mare în familiile de patroni, unde s-au consumat 26 g zilnic/persoană și mic în familiile de șomeri (21 g zilnic/persoană), și în cele ale lucrătorilor pe cont propriu (21 g sau 2 ouă la 5 zile).

În ceea ce privește consumul de pește, patronii au consumat 13 g zilnic/persoană, șomerii și lucrătorii pe cont propriu consumând numai 8 g zilnic/persoană.

Patronii și familiile acestora dețin întâietatea și în ceea ce privește consumul de fructe, ei consumând 117 g zilnic/persoană, față de șomeri care au consumat 56 g zilnic/persoană și față de țărani, care au consumat 53 g zilnic/persoană.

Consumul de pâine, care a fost în anul 1998 în medie de 10 kg/persoană lunar (respectiv 333 g zilnic/persoană), a fost cel mai mare la pensionari și salariați (344 g zilnic/persoană) și cel mai mic la țărani (304 g zilnic/persoană). Țăranii completează consumul de pâine cu mămăliga (121 g mălai zilnic/persoană față de media pe țară, care este de 67 g zilnic/persoană). Media pe țară la consumul de mălai a fost dublă față de necesarul recomandat (33 g zilnic/persoană).

Consumul mediu de cartofi pe țară în anul 1998 a fost de 145 g față de necesarul optim de 190 g, consumul cel mai mare înregistrându-l pensionarii (153 g zilnic/persoană) și cel mai mic, țăranii (141 g zilnic/persoană).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte consumul de legume, în anul 1998 consumul mediu pe țară a fost de 238 g zilnic/persoană, necesarul optim fiind 350 g zilnic/persoană. Consumul cel mai mare se întâlneşte la patroni (268 g zilnic/persoană) şi pensionari (280 g zilnic/persoană), iar cel mai mic la şomeri (205 g zilnic/persoană)

Leguminoasele boabe sunt consumate, în medie, pe țară, în cantitate de 23,3 g zilnic/persoană (10 g zilnic/persoană fiind cantitatea recomandată). Cea mai mare cantitate o consumă țăranii (30 g zilnic/persoană) şi pensionarii (27g zilnic/persoană), iar cea mai mică cantitate, patronii (15 zilnic/persoană).

Consumul de alcool pe țară (78 ml zilnic/persoană, aşa cum reiese din datele Comisiei Naționale de Statistică) este confirmat de cercetările pe eşantioane de populație din întreaga țară (între 38 ml zilnic/persoană în Constanța şi Bucureşti, 214 ml zilnic/persoană în Tulcea şi 173 ml zilnic/ persoană în Vrancea). Este cunoscută acțiunea nocivă a alcoolului în cazul unui regim sărac în proteine.

Din analiza structurii alimentației prezentate se observă că nivelul de trai scăzut este cel care se găseşte la originea tuturor perturbărilor alimentare ale populației şi că diferențele constatate sunt în directă legătură cu situația economică şi educația nutrițională a cetățenilor.

Analiza structurii componentei caloriilor (care se mențin în perioada 1990-1996 la valori normale, valorile scăzând drastic în perioada 1997-1998) ne arată că acestea sunt dezechilibrate (24-25% sunt componente de origine animală şi 75-76% sunt componente de origine vegetală).

În perioada 1997-1998 asistăm la o deteriorare gravă a nivelului de trai al întregii populații din țara noastră; nivelul caloric scade la 2 587 calorii în anul 1997 şi la 2 624 calorii în anul 1998.

Structura calorică este, la nivelul întregii țări, de 79% calorii de origine vegetală şi 21% calorii de origine animală. Proteinele animale ocupă numai 39% din valoarea totală a proteinelor față de 50% cât este normal, iar grăsimile animale sunt de 68% din valoarea grăsimilor (aşa cum reiese din cercetările efectuate pe eşantioane de populație).

* *
*

Începând cu anii 1970 în S.U.A. şi 1975 în Europa de vest se remarcă o scădere semnificativă a prevalenței bolilor cardiovasculare. Mortalitatea a scăzut de la 700-800 decese anual/100 000 locuitori la 200-350 decese anual /100 000

Scanned with OKEN Scanner

locuitori. În Franța s-a înregistrat cea mai mică mortalitate (195,1 decese/100 000 locuitori), fiind cu 10% mai mică decât cea înregistrată în S.U.A.,cu 15% mai scăzută decât cea din Germania și cu 21% mai mică decât cea înregistrată în Scoția etc. Ceea ce trebuie remarcat este că dieta însușită de populație (care a recepționat propaganda medicală intens mediatizată prin mass-media) este foarte asemănătoare în toate aceste țări, fapt ce n-ar putea explica această diferență. Pierre Ducimetière este primul care a observat „paradoxul francez": în Franța se înregistra cu 50% mai puține crize cardiace decât în S.U.A. și în celelalte țări, în condițiile existenței unor factori identici de risc: tensiune arterială crescută, colesterolemie crescută, fumat, consum de grăsimi saturate. Exlicația este următoarea: peste 85% din întreaga populație a Franței consumă vin, în special vin roșu. Elementele protectoare din vin - polifenolii, în special *resveratrolul*-, au o puternică acțiune antioxidantă de peste 50 de ori mai puternică decât vitamina E. Resveratrolul are, de asemenea, o acțiune antiagregantă ca și aspirina. Consumul de alcool în cantitate mică (6-30 g alcool/zi/persoană) are un efect benefic cu atât mai mare cu cât acesta provine din vin roșu (două pahare de vin consumate după masa de prânz și cea de seară , dar nu mai mult).

„Paradoxul francez" conform ipotezei recente a unor autori englezi (1999) s-ar datora faptului că francezii consumau mult mai puține grăsimi animale până în anii 1965-1970 decât celelalte țări occidentale și că acțiunea hipercolesterolemiei, consecință a alimentației bogate în grăsimi saturate necesită un timp îndelungat pentru producerea bolilor cardiovasculare: „*The time lag explanation*".

* Este cazul să menționăm aici, prin comparație cu paradoxul francez, „paradoxul român" din rezultatele obținute printr-o cercetare recentă într-o localitate din nordul României. Este vorba de o localitate rurală, izolată, din nordul Moldovei, ai cărui locuitori au ca ocupații munca forestieră (muncă fizică foarte grea), agricultura și ca ocupație complementară - creșterea animalelor (practicată în special de femei și adolescenți). Caracteristicile acest grup populațional sunt: alimentația echilibrată caloric (în raport cu munca fizică prestată), compusă din 55% calorii de origine animală și 45% calorii de origine vegetală; consumul de alcool în cantități moderate, acestea fiind sub 30 g alcool zilnic/cap locuitor (numai 12% dintre bărbați depășind aceste valori) și absența aproape totală a fumatului (sub 10% dintre bărbați), aceasta fiind o caracteristică regională. Spre deosebire de francezi, valorile colesterolemiei sunt scăzute, aceasta fiind în medie 189 mg%, iar tensiunea arterială prezintă valori crescute numai la 10% din populație. În această localitate exista cel mai scăzut procent al mortalității generale, al mortalității infantile, al mortalității cardiovasculare și cea mai

Scanned with OKEN Scanner

prelungită medie de viață din România, deşi consumul în grăsimi animale este foarte crescut (65% fiind grăsimi animale şi 35% grăsimi vegetale).

* *
*

Modul de viață, nivelul de trai, precum şi rezultatele catastrofale ale procesului de tranziție asupra stării de sănătate a populației din România anilor de tranziție (1990-1999) a fost descris pe larg în capitolele anterioare. Sintetizăm în concluzii finale factorii nocivi care au contribuit la deteriorarea severă a stării de sănătate a populației din România:

1. Stresul socio-economic ce însoțește procesul de tranziție care este prelungit în mod exagerat. Situația economică deteriorată în ultimii trei ani continuă şi în anul 2000 să „meargă" pe acelaşi drum. Țara noastră este în prezent unul dintre cei mai slabi membrii ai grupului C.E.F.T.A. Ritmul mediu anual al scăderii producției industriale în perioada anilor 1991-1999 a fost de 7,15% (ponderea industrială din P.I.B. scăzând sub 28%). În anul 1999 P.I.B.-ul a scăzut la nivel de țară cu 3,2% față de anul 1998. Pe cap de locuitor P.I.B.-ul a fost de numai 27,8% din P.I.B.-ul pe cap de locuitor în țările Uniunii Europene.

Ponderea populației ocupate în agricultură - cu toate dezevantajele existente în mediul rural din România - depăşeşte 38% comparativ cu țările Uniunii Europene, unde populația ocupată în agricultură este mai mică de 10%, iar în S.U.A. aceasta este mai mică de 3%. Ponderea sectorului agricol din P.I.B. a continuat însă să scadă în România, de la 20% în anul 1990 la 13,9% în anul 1999. Investițiile străine sunt în România cele mai reduse comparativ cu cele din grupul țărilor aflate în perioada de tranziție: sub 200 Euro pe cap de locuitor.

Bugetul anului 2000 nu este încă aprobat şi nu ştim dacă se va păstra la parametrii optimişti prognozați de guvern.

2. Starea de sărăcie accentuată a unei mari părți a populației ; conform Raportului P. N. U. D. şi C. N. S. din luna septembrie 1999, existau în România un număr de peste 7,6 milioane persoane (aproximativ 34% din populația României) care trăiau sub limita oficială a pragului de sărăcie, prag considerat a fi, din punct de vedere financiar, la acea dată, de 683 436 lei /persoană, la o valoare a dolarului de 16 423 lei;

3. Şomajul accentuat ce reprezintă aproximativ 11,5% din populația activă a țării (ajutorul de şomaj în luna octombrie era în medie de 522 932 lei/ persoană).

4. Veniturile mici lunare ale pensionarilor (pensia medie era, la nivelul lunii

Scanned with OKEN Scanner

octombrie 1999, de 644 808 lei net/persoană); este de reținut că numărul pensionarilor depășește cifra de 5 900 000 persoane.

5. Veniturile mici ale personalului activ (salariul mediu al personalului activ fiind de aproximativ 1 980 086 lei lunar de persoană la data de 31 decembrie 1999).

6. Ponderea mare pe care o ocupă în structura cheltuielilor financiare ale populației cheltuielile pentru alimentația zilnică (în medie aproximativ 55% din venituri, din care aproximativ 57% reprezintă cheltuieli pentru pâine și cereale). Menționăm că în țările occidentale cheltuielile pentru alimentație reprezintă un procent de sub 10% din veniturile bănești.

7. Sumele derizorii acordate pentru îngrijire medicală, igienă și recreere;

8. Alimentația insuficientă și necorespunzătoare din punct de vedere calitativ; deși aportul de calorii este suficient (cu excepția perioadei 1997-1999), alimentația este deficitară din punct de vedere calitativ: peste 79% din aportul de energie este de natură vegetală (caloriile provenind în mare majoritate din cereale și leguminoase uscate) și numai 21% este de origine animală. Predomină consumul de grăsimi animale (untură, slănină, carne grasă de porc) în Ardeal, Banat, Câmpia Munteniei, Olteniei și în alte zone. De asemenea, predomină modalitățile tradiționale dăunătoare de pregătire culinară a acestora (prăjeli, rântașuri etc.).

9. Consumul foarte mare de alcool atât în mediul rural cât și în cel urban. În Câmpia Munteniei, Oltenia, Ardeal ș.a. consumul de alcool, în echivalent alcool etilic, variază între 70 și 200 g/cap locuitor/zi. Pe țară media consumului de alcool este de 78 ml /cap locuitor/zi (Comisia Națională de Statistică, 1999). Ceea ce este demn de reținut este predominanța consumurilor de alcool ieftin (falsificat) sau fabricat în gospodărie, având grad mare de toxicitate datorită componenței crescute de alcool metilic, alcooli superiori, amine biogene, metale grele, nitrozamine etc.

10. Extinderea ariei fumătorilor cronici în mediul urban și în cel rural, atât la bărbați (42%) și adolescenți (40%) cât și la femei (15%).

11. Adresabilitatea scăzută la asistența medicală ambulatorie și spitalicească, lipsa de posibilități de diagnostic cât și a tratamentului medical indicat, datorită mijloacelor financiare reduse. La toate acestea se adaugă, din păcate, lipsa educației sanitare elementare a populației.

Toți acești factori contribuie la creșterea prevalenței și mortalității prin boli cardiovasculare (cardiopatii ischemice, accidente cerebrovasculare etc.), T.B.C., cancer, boli respiratorii ș.a.

Scanned with OKEN Scanner

* *
*

Acestea sunt cauzele care au făcut din România țara cu cea mai crescută mortalitate infantilă şi mortalitate generală şi țara cu cea mai scăzută medie de viață. Așa se explică faptul că România se află pe primul loc în Europa la mortalitatea prin boli cardiovasculare, TBC, boli respiratorii etc.

Atâta timp cât mijloacele economice nu vor permite un nivel de trai corespunzător pentru întreaga populație, o asistență medicală calificată şi pertinentă, o educație medicală eficientă la nivelul tuturor mediilor sociale, România va continua, din păcate, să ocupe acest loc nedemn în comunitatea țărilor europene.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Rezumat (lb.engleză)..... 19
Rezumat (lb.română)..... 65

Partea I-a

Universalitatea alimentaţiei

Cap.I. Istoria alimentaţiei la diferite popoare..... 115
1.1.Alimentaţia diferitelor civilizaţii de-a lungul istoriei..... 115
1.2. Istoria dieteticii..... 133
1.2.1.Principiile nutritive din alimentaţie..... 135
1.2.1.1.Alimentul ca simbol..... 139
1.2.2. Evoluţia cunoştinţelor despre aliment şi alimentaţie 142
1.2.3. Dietoterapie..... 144
Bibliografie selectivă..... 148
Cap.II. Concepţii ştiinţifice actuale asupra impactului om-alimentaţie..... 151
2.1. Consideraţii fiziologice..... 151
2.1.1. Obiectivele alimentaţiei..... 151
2.1.2. Aportul optim alimentar fiziologic..... 152
2.1.3. Grupe de alimente..... 153
2.1.4. Conţinutul alimentelor..... 154
2.1.5. Echilibrul raţiei alimentare..... 155
2.1.6. Evoluţia psihică a omului în problema alimentaţiei... 157
2.1.7. Alimentul ca sursă de energie..... 160
2.2. Produse alimentare de protecţie..... 162
2.2.1. Produse alimentare de protecţie pe bază de legume şi fructe..... 163
2.2.2. Peştele oceanic ca aliment de protecţie..... 165
2.2.3. Produse din cereale germinate..... 165
2.2.4. Produse din germeni de cereale..... 166

Scanned with OKEN Scanner

2.2.5. Produse fermentate lactic..... 167
2.2.6. Produse alimentare de protecție îmbogățite prin celuloză..... 168
2.2.7. Produse alimentare îmbogățite în substanțe pectice... 171
2.2.8. Implicarea unor produse alimentare în apariția unor forme de cancer..... 171
2.3. Procese metabolice induse de alimentație..... 177
2.3.1. Alimentația și imunitatea..... 177
2.3.2. Alimentele ca sursă de peptide fiziologice active..... 178
2.3.3. Interacțiunea medicament-aliment..... 180
2.3.4. Implicațiile nutriționale și fiziologice ale consumului de alcool..... 181
2.3.5. Restricțiile energetice ca factor profilactic..... 181
Bibliografie selectivă..... 183
Cap.III. Ateroscleroza ca rezultantă a perturbărilor metabolismului intermediar. Relația alimentație-ateroscleroză. Radicalii liberi 189
3.1. Patogeneza cardiopatiei aterosclerotice..... 189
3.1.1. Hipercolesterolemia și ateroscleroza..... 190
3.1.2. Patogenia leziunilor acute coronariene..... 194
3.2. Alimentele ca factori antioxidanți..... 200
3.2.1. Micronutrientele aduse prin alimentație cu rol antioxidant..... 200
3.2.2. Alimentația antiaterogenă..... 202
Bibliografie selectivă..... 203

Partea a II-a

Istoria și particularitățile alimentației la români

Cap.I. Alimentația în România până în secolul al XVIII-lea..... 209
Cap.II. Alimentația în România în secolele XVIII -XIX..... 219
Cap.III. Alimentația în România la începutul secolului al XX-lea.... 237

Scanned with OKEN Scanner

Cap.IV. Alimentaţia în România în perioada dintre cele două războaie mondiale în România..... 247
Bibliografie selectivă pentru capitolele I-IV..... 287
Cap.V. Problemele alimentare ale populaţiei din România după cel de-al doilea război mondial..... 293
5.1. Analiza sistemului alimentar în perioada anilor 1950-1990..... 381
Bibliografie selectivă..... 407

PARTEA A III-A

STRUCTURA SOCIO-ECONOMICĂ, NIVELUL DE TRAI ŞI STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DE TRANZIŢIE (1990-1998)

Cap.I. Structura socio-economică a populaţiei din România în perioada de tranziţie..... 413
1.1. Evoluţia principalilor indicatori demografici la nivelul întregii ţări în perioada 1989-1998..... 414
1.2. Structura sistemului de salarizare în economia românească între anii 1998-1999 422
1.3. Structura socio-economică în mediul rural..... 423
1.4. Situaţia pensionarilor văzută din punct de vedere economic şi social în România anilor 1999..... 427
1.5. Şomajul în România anilor 1999 432
1.6. Sărăcia în România anilor 1999 433
2.Analiza situaţiei socio-economice la sfârşitul anului 1999 şi începutul anului 2000..... 438
2.1. Situaţia învăţământului la începutul anului 2000, din punct de vedere social, economic şi financiar..... 438
2.2. Politica salarială şi inflaţia la sfârşitul anului 1999 şi începutul anului 2000..... 441
2.3. Şomajul şi implicaţiile sale pe plan social şi psihologic la începutul anului 2000..... 442

Scanned with OKEN Scanner

2.4. Procesul de reformă şi ecoul ei în rândul populaţiei la începutul anului 2000 443
2.5. Industria la începutul anului 2000 443
2.6. Bugetul şi rata inflaţiei la începutul anului 2000 444
2.7. Agricultura la începutul anului 2000 444
2.8. Comerţul exterior la începutul anului 2000 445
2.9. Priorităţi strategice economice pentru anii 2000-2004 şi în perspectivă pentru anii 2008-2010 446
2.10. Principalele propuneri făcute de România la Comunitatea Europeană (Bruxelles, 2000) 448
2.11. Probleme politico-financiare legate de deteriorarea situaţiei economice postdecembriste din ţara noastră 449
Bibliografie selectivă 452
Cap.II. Tranziţia şi starea de sănătate a populaţiei din România ... 455
2.1. Clasamentul stării de sănătate a populaţiei din ţările europene 455
2.1.1. Rata mortalităţii generale în ţările europene selectate 455
2.2. Principalele cauze de mortalitate 460
2.2.1. Mortalitatea prin boli cardiovasculare cu patogenie aterogenă şi de alte cauze 461
2.2.1.1. Mortalitatea prin boli cardiovasculare în Franţa (anul 1996) pentru toate vârstele 465
2.2.1.2. Mortalitatea prin boli cardiovasculare pe judeţe în România 467
2.2.1.3. Disparitatea mortalităţii prin boli cardiovasculare pe judeţe 471
2.3. Media de viaţă în România şi în diverse ţări ale Europei 475
2.4. Analiza disparităţii spaţiale a stării de sănătate în România 478

Scanned with OKEN Scanner

2.5. Asistenţa medicală în România în perioada de tranziţie 483
Bibliografie selectivă..... 493
Cap.III. Alimentaţia populaţiei din România în perioada de tranziţie..... 497
3.1. Conceptul actual despre alimentaţie..... 497
3.2. Tranziţia şi alimentaţia..... 501
3.3. Analiza comparativă a sistemului nutriţional pe grupe de alimente între anii 1933-1996 507
3.3.1. Anchete alimentare pe eşantioane de populaţie..... 514
3.3.1.1. Investigaţii ale alimentaţiei la unele colective de muncitori în perioada anilor 1988-1989 514
3.3.1.2. Investigaţii nutriţionale ale populaţiei din Transilvania (perioada 1986-1990)..... 523
3.3.1.3. Analiza nutriţiei dintr-o întreprindere de confecţii din Bucureşti (anul 1990)..... 525
3.3.1.4. Analiza nutriţiei într-un cămin de bătrâni din Bucureşti (anul 1991)..... 527
3.3.1.5. Studiul stării de nutriţie şi al sănătăţii unor eşantioane de populaţie din mediul rural (anul 1992)... 528
3.3.1.6. Studiu comparativ al nutriţiei unui eşantion de populaţie din câmpia Munteniei cu cea a unui eşantion de populaţie din Europa de Vest..... 530
3.4. Analiza alimentaţiei populaţiei din România în anii 1997-1998..... 534
3.4.1. Analiza alimentaţiei în funcţie de modul de viaţă (mediul urban şi mediul rural)..... 540
Bibliografie selectivă..... 553
Cap.IV. Paradoxul francez şi Paradoxul român..... 557
1. Paradoxul francez..... 557
2. Paradoxul român..... 568

Scanned with OKEN Scanner

Partea a III-a. Concluzii generale 577
Bibliografie selectivă..... 579
Concluzii (limba română)..... 585
Concluzii (limba engleză)..... 607

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA I
UNIVERSALITATEA ALIMENTAȚIEI

„L'homme devrait mettre autant d'ardeur
à simplifier sa vie qu'il en a mis à la compliquer"
Henry Bergson (1859 - 1941), filosof francez

CAPITOLUL I
ISTORIA ALIMENTAȚIEI LA DIFERITE POPOARE

1.1. Alimentația diferitelor civilizații de-a lungul istoriei

Condițiile istorice concrete şi-au pus amprenta asupra unui mod coerent de organizare socială, politică, administrativă, juridică, religioasă a acelor popoare care în Antichitate au devenit civilizații istorice. În decursul existenței lor acestea şi-au constituit un profil de marcată originalitate, devenind adevărate modele pentru popoarele din jur, aducând contribuții substanțiale patrimoniului de valori al omenirii.

În sfera civilizației, definită prin tot ceea ce aparține orizontului satisfacerii nevoilor materiale, confortului şi securității - factori prin excelență de natură utilitară-, un loc important îl ocupă alimentația. Cunoaşterea etapelor parcurse în evoluția alimentației din cele mai vechi timpuri şi până astăzi a permis sublinierea punctelor comune şi diferite între modul de hrănire al strămoşilor noştri, începând cu epoca preistorică şi cel al omului modern, favorizând deschiderea unor noi piste de cercetare în acest domeniu.

Umanitatea există de aproximativ 2 000 000 de ani, iar strămoşii preumani ai hominizilor au apărut cu cel puțin 4 000 000 de ani în urmă. Această fază a istoriei evolutive a avut o contribuție hotărâtoare asupra structurii genetice actuale, în parte ca răspuns la alimentația din perioada respectivă.

Alimentația disponibilă hominizilor, strămoşii omului modern, care au trăit în urmă cu 600 000 de ani, a depins de localizarea geografică şi condițiile climatice. Strămoşii noştri au menținut versatilitatea omnivorelor ce caracterizează cele mai multe primate.

Selecția naturală ne-a dotat cu adaptări nutriționale; totuşi, astăzi oamenii se confruntă cu o serie de probleme legate de modul de alimentație, care mai demult erau de minimă importanță şi față de care adaptarea genetică ne-a pregătit insuficient. Constituția genetică umană s-a schimbat relativ puțin de la apariția omului modern *Homo sapiens*, cu aproximativ 40 000 de ani în urmă.

Diferențele dintre regimurile alimentare ale strămoşilor noştri şi cele de astăzi din țările dezvoltate, asupra cărora şi-a pus amprenta revoluția industrială,

Scanned with OKEN Scanner

agricultura modernă şi tehnicile moderne de fabricaţie şi preparare a hranei, par să aibă importante implicaţii asupra sănătăţii, trăsătura caracteristică a bolilor de nutriţie fiind aceea a legăturii lor directe cu gradul de civilizaţie. Medicii curanţi şi nutriţioniştii sunt tot mai convinşi că obiceiurile alimentare adoptate în ultimii 100 de ani de civilizaţie din Europa de vest au contribuit la creşterea frecvenţei bolilor de inimă, hipertensiunii arteriale, a unor forme de cancer. Influenţa modului de alimentaţie asupra stării de sănătate a fost resimţită abia începând cu secolul trecut, fiind practic necunoscută populaţiilor ce trăiau în sălbăticie, şi care aveau un mod de alimentaţie asemănător cu cel al strămoşilor din perioada preagricolă. Obiceiurile alimentare au evoluat la om începând cu exemplarele ancestrale care se hrăneau cu insecte şi intervertebrate. Totuşi, pentru că ordinul primatelor a evoluat numeric şi ca mărime corporală, hrana vegetală a devenit de importanţă majoră pentru cele mai multe specii. În perioada Miocenului (5 000 000 de ani în urmă) se pare că fructele reprezentau alimentaţia de bază a hominizilor. După ce ramura umană s-a desprins de cea a maimuţelor, în urmă cu 4 000 000 de ani, obiceiurile alimentare includeau cantităţi mari de carne, provenite, se pare, parţial din vânat şi parţial din cadavre.

În această epocă, *Homo habilis*, apoi urmaşul său *Homo sapiens* au început să consume cantităţi impresionante de carne (în urmă cu 2 000 000 de ani), mărturie stând acumulările de resturi animale găsite în zonele unde locuiau, şi uneltele folosite pentru vânătoare, surprinse ca fiind aranjate în diverse scheme de ritual. Importanţa hranei vegetale în această perioadă a fost greu de pus în evidenţă, deoarece resturile vegetale nu s-au păstrat.

O dată cu apariţia omului modern de *Cro-Magnon* a crescut şi interesul pentru vânătoarea în stil mare. Tehnologia şi echipamentul având această destinaţie precisă s-au dezvoltat, în timp ce populaţia era încă relativ puţin numeroasă faţă de biomasa aflată la dispoziţia ei. În această perioadă, în unele zone, carnea a asigurat mai mult de 50% din mâncare. Din cauza vânatului excesiv, a schimbării climei şi a creşterii numărului populaţiei, perioada preagricolă a fost marcată de renunţarea treptată la vânătorile mari, ajungându-se la îmblânzirea primelor animale şi îndreptându-se spre o viaţă mai sedentară.

Cercetări în Estul Mijlociu (S.U.A.) au pus în evidenţă, cu ajutorul stronţiului, resturi vegetale şi animale, care arată o creştere a consumului de material vegetal în defavoarea celui animal. Vânătorii acestei perioade seamănă deja cu populaţiile primitive actuale.

Agricultura a alterat obiceiurile alimentare, pe parcursul a câtorva milenii consumul de carne a scăzut drastic, vegetalele ocupând 90% din alimentaţie, fapt cu consecinţe morfologice . *Homo sapiens*, care a consumat din plin proteine animale acum 30 000

Scanned with OKEN Scanner

de ani, era în medie cu 10-12 cm mai înalt decât descendentul său care se ocupa cu agricultura. Acelaşi lucru s-a repetat mai târziu în Lumea Nouă; omul paleoliticului a fost un mare vânător acum 10 000 de ani, iar descendenții săi (înainte de invazia europenilor) erau agricultori, mâncau puțină carne şi erau mai mici ca statură. Revenind la modul de hrănire al omului din paleolitic, valoarea nutritivă a mâncării ingerate a fost sensibil egală, deşi alimentația a fost diferită de la grup la grup. La un necesar de 3 000 Kcal/zi, 35% zi erau reprezentate de carne, iar 65% zi de plante. Zilnic ingerau 788,2 g carne şi 1 463,8 g vegetale. La necesarul caloric zilnic de mai sus, cantitatea totală de proteine era de 251,1 g, din care cele animale 190,7 g, iar cele vegetale 60,4 g. Lipidele totale erau de 71,3 g/zi din care cele animale reprezentau 29,7 g, iar cele vegetale 41,6 g. Glucidele erau consumate în cantitate de 333,6 g/zi, iar fibrele alimentare reprezentau 45,7 g pe zi.

Omul paleoliticului, la o cantitate de 788 g carne/zi, consuma aproximativ 591,2 g de colesterol, nivel ridicat față de cantitatea recomandată astăzi. Cantitatea zilnică de 1 463 g de vegetale (fructe şi legume) îi aducea acestuia un aport de 148,8 mg de sodiu, carnea un aport de 541,9 mg. Proporția sodiu-potasiu era de 16,1 la 1, cantitatea de sodiu reprezentând 1/6 din necesarul omului modern. Referitor la cantitatea de calciu ingerată la proporția carne-plante de 35-65%, omul paleolitic consuma 1 579,2 mg de calciu zilnic.

Omul de tip *Cro-Magnon* care era, asemenea eschimoşilor, mare consumator de carne, avea oase mari şi constituție robustă - dovadă a aportului suficient, uneori prea crescut de calciu. În alimentația omului din paleolitic vitaminele au fost suficiente, chiar în exces.

Cantitatea de fibre vegetale ingerate a fost mai mare decât cea indicată în alimentația omului modern, apropiindu-se de cea consumată actualmente de unele triburi africane, unde incidența bolilor cauzate de insuficiența acestora în alimentație este scăzută.

Sub raport alimentar epoca neolitică prezintă deosebiri notabile față de paleolitic. În această epocă, aparținând mileniilor III şi II î.Hr., folosirea vaselor de lut ars a permis o coacere mai completă a alimentelor. O dată cu aceasta însă, prin distrugerea vitaminelor, au apărut diferite avitaminoze: rahitismul, pelagra, scorbutul etc. De asemenea au apărut şi cariile dentare. În această epocă, deşi nu se poate vorbi de o adevărată diviziune a muncii, exista o categorie semispecializată de meşteşugari care se ocupau şi se întreținеau din vânătoare, pescuit, agricultură şi creşterea vitelor. „Specialistul" exclusiv, omul întreținut şi hrănit din excedentul de hrană al grupului, cel care trăieşte exclusiv din produsul abilității sale, va apărea în era metalelor şi a practicării mai întinse a olăritului cu ajutorul roții olarului.

Scanned with OKEN Scanner

„Baza alimentației la mesopotamieni o constituia mămăliga sau pâinea (un fel de lipie), peștele, ouăle, legumele și fructele[1]*. Carnea - cu excepția celei de pasăre - era un lux rezervat celor bogați. De asemenea vinul, care se importa. De obicei se bea o bere de orz, vin de curmale sau pur și simplu, apă filtrată, păstrată în vase poroase de lut care o menținea rece"* (Drimba O., *Istoria Culturii și Civilizației*, vol.I, p.100, Ed. Saeculum I.O. & Ed. Vestala, București, 1998).

Texte literare și religioase egiptene, precum și Herodot - care cunoscuse Egiptul secolului al V-lea î.Hr. - și în mod substanțial documentele picturale și sculpturale ne-au comunicat un bogat material informativ privind viața cotidiană a egiptenilor: *„Alimentul principal era pâinea și celelalte preparate din făină. Preoții prescriau pregătirea pâinii fără sare - socotită element „impur", dar această prescripție nu era respectată decât cel mult de către preoți. În timpul Regatului Nou, egiptenii pregăteau mai bine de 40 de sorturi de pâine și alte preparate cu diferite ingrediente. Din cauza lipsei combustibilului, o bună parte din alimentația egipteanului sărac o constituiau mâncărurile crude, nefierte sau fripte. Carnea de vită și de oaie era un lux rezervat celor bogați*[2]*. Preoții considerau că peștele era un aliment „impur" dar țăranii consumau mult pește, proaspăt, uscat sau sărat. Porcul era socotit un animal necurat*[3]*; dar în afară de preoți, ceilalți aveau voie să mănânce carne de porc o dată pe lună. Preoții nu consumau deloc sare, nici ceapă sau usturoi, și nu mâncau niciodată pește sau carne de porc*[4]*.*

Interesante sunt și alte amănunte privind alimentația. De pildă, faptul că nu orice pește se poate mânca oricând și oriunde; anumite specii erau interzise în unele orașe sau provincii ale țării, și în anumite zile ale anului. Animalele sacre - deci interzise la tăiere - erau vaca și berbecul. Mai mult consumată era carnea de rață, gâscă[5]*; în popor se consuma însă - în timpurile vechi - și carnea de hienă pusă la îngrășat; iar în ultimele secole, prin părțile orașului Elephantina se mânca și carne de crocodil - dacă ar fi să dăm crezare lui Herodot* (484 - 425 î.Hr.) *(Istorii, II, 69).*

---

[1] Și lăcustele erau considerate - cum sunt și azi, de către locuitorii acelor regiuni din Orientul Apropiat - comestibile.

[2] Deși, după afirmația lui Herodot, animalele cornute nu erau tăiate decât la sacrificii (Istorii, II, 41)

[3] De asemenea și la alte popoare orientale, la evrei sau la popoarele mahomedane,- pentru lăcomia sau necurățenia lui; dar în aceste regiuni calde, carnea grasă de porc, ușor alterabilă, este contraindicată medical.- Singurii egipteni care n-aveau voie să intre într-un sanctuar erau porcarii; nu le era îngăduit nici să-și căsătorească băieții sau fetele decât numai în familii de porcari (Herodot, *Istorii*, II, 47).

[4] Preoții „capătă în schimb pâini sfinte coapte anume pentru ei, precum și o mulțime de carne de vită și de gâscă, care se împarte zilnic din belșug fiecăruia; ba li se mai dă chiar și vin de struguri" (Herodot, *Istorii*, II,37)

[5] „Dintre păsări mănâncă crude, dar puse mai înainte la sare, prepelițe, rațe și păsări mici" (Herodot, Istorii, II, 77)

Scanned with OKEN Scanner

Drept alimente serveau și rădăcina de lotus și o parte din tulpina de bambus. Din florile de lotus uscate la soare și pisate egiptenii făceau „un fel de pâine pe care o coceau la foc"[6]*. La toate acestea se adăugau laptele și produsele lactate, iar ca băuturi - pe lângă vinul de struguri, care era scump - bere de orz și vin de curmale. Pentru gătit se folosea uleiul de ricin; uleiul de susan era mai scump, iar cel de măsline, important, era un articol de lux"* (Drimba O., *Istoria Culturii și Civilizației* vol.I, p.171-173, Ed. Saeculum I.O. & Ed. Vestala, București, 1998).

În epoca nomadismului, baza alimentației evreilor o forma pâinea de orz nedospită, brânza și laptele acidulat, mai puțin carnea de capră și de oaie. Când evreii au devenit mai sedentari, alimentația lor a fost mai variată, mai consistentă și mai bine preparată. *„Pâinile mici de orz (grâul era mai rar, deci și mai scump) erau făcute din aluat dospit și cu sare, coapte în fiecare zi pe un cuptor primitiv - o simplă lespede de argilă pusă deasupra flăcării,- acoperite cu cenușă fierbinte. Făina era măcinată cu pisălogul într-o piuă. (Moara de piatră, de forma cea mai simplă, datează la evrei abia din secolul al IV-lea î.Hr.). O altă muncă istovitoare pe care o făcea zilnic tot femeia era căratul apei de băut- marea problemă a palestinienilor; drept care, se bea în schimb zer, din lapte de oaie sau de capră. Adusă de la mari distanțe, rea la gust, apa era scoasă din puț cu o vadră, confecționată din piele de capră și cărată acasă în burdufuri. Evreii consumau multe fructe - principala lor masă de seară. Beau și vin de rodii sau curmale (iar filistenii - și bere de orz; iar vinul de struguri îl beau curat, sau ca asirienii, adăugându-i mirodenii).*

În privința consumului de carne, legea evreilor prevedea clar anumite interdicții. Puteau mânca „orice dobitoc dintre cele cu patru picioare, care are copita despicată... și care rumegă". De unde rezultă că era permis consumul cărnii de oaie, capră, bou, cerb, căprioară, bivol, zimbru, capră neagră și girafă; precum și carnea acelor vietăți „care sunt în ape, câte au aripioare de înotat și solzi" precum și „orice pasăre curată". De asemenea, „lăcusta și soiurile ei". Interzisă de lege era carnea de porc[7]*, de cămilă sau de iepure; precum și carnea oricărui animal, chiar „curat", dacă a fost omorât de o fiară. Oprită, în sfârșit, era și carnea păsărilor „spurcate",- vulturi, corbi, gaie, bufniță, cocostârc, pupăză, lebădă, struț și altele enumerate de prescripții)"* (Drimba O., *op.cit.*, vol.I, p.243-244).

---

[6] Herodot, Istorii, II, 92.

[7] E. Renan considera că interzicerea consumului cărnii de porc era o măsură preventivă contra paraziților intestinali, a trichinei și cistircercului. Iar faptul că interdicția se extindea și asupra cărnii altor vietăți arată (fapt dealtminteri discutabil) că aceasta era o rămășiță a credințelor în metempsihoză, sau în originea totemică a clanurilor ebraice.

Scanned with OKEN Scanner

Istoria deține date referitoare și la alimentația perșilor. *„Pentru marea majoritate mâncarea de fiecare zi era pâinea nedospită (de obicei din făină de orz) și mămăliga de mei; apoi lapte acru, ceapă și alte zarzavaturi. Carne, vin sau bere - numai la sărbători. La curtea regală sau la curțile nobililor, pe lângă carne și alte mâncăruri rafinate, se consumau și multe dulciuri și fructe uscate. Grâul venea din ținuturile grecești, vinul mai ales din Siria, iar pentru cei privilegiați apa era adusă (și servită în amfore de argint) din Elam, țară reputată ca având apa cea mai bună"* (Drimba O., *op.cit.*, vol.I, p.299-300).

„Clima și generozitatea solului Indiei permiteau o alimentație destul de variată. Baza o constituia orezul, pregătit în nenumărate feluri, cu o mare diversitate de legume și de sosuri. Din făina de orez se pregăteau și un fel de clătite mai groase, dejunul obișnuit și azi al țăranului. Mâncarea lui obișnuită era pregătită din grâu sau orz, fiert sau prăjit. O gamă bogată de mâncări era furnizată de zarzavaturi, în special de fasole și linte. Uleiul consumat pentru gătit era extras din semințe de in, de susan și de muștar. Trestia de zahăr se consuma adesea în stare naturală; dar mai ales servea la prepararea unui suc foarte apreciat, precum și a zahărului - unul din produsele indiene cele mai căutate în alte țări. Numărul plantelor comestibile folosite de indieni era imens. Foarte mult se foloseau mirodeniile: piperul, muștarul, chimionul, coriandrul, măghiranul, cuișoara, - pentru pregătirea supelor și a sosurilor picante. În schimb, indienii nu suportau mirosul de ceapă și de usturoi, care nu puteau fi consumate decât în afara orașelor[8].

Lumea modestă nu-și permitea luxul cărnii de vită decât foarte rar. Se mulțumea cu pește, cu păsări de curte (la marile sărbători - carnea de păun), sau cu ceea ce îi furnizau păsărarii (potârnichi, prepelițe, vrăbii, cocoș sălbatic etc.). Mai rar - și numai cei înstăriți - consumau carne de berbec, de ied sau de vițel. Era interzisă de prescripțiile religioase carnea animalelor care dau lapte - în afară de gazelă. De asemenea și a altor câtorva animale, înșirate într-o relatare a unui călător chinez din sec. VII : elefant, măgar, cal, porc, câine, vulpe, lup, leu sau maimuță. În familiile brahmane ortodoxe era oprit să se mănânce pește sau carne, decât în anumite ocazii. Carnea - afară de cea de pasăre - era pregătită numai fiartă; dar i se dădea gust adăugându-i sosuri de ierburi acide, de agrișe, de sucuri de fructe (lămâi, portocale, rodii etc.)" (Drimba O., *op.cit.*, vol.I, p.299-300).

---

[8] Prânzul se servea - cel puțin în urmă cu cincisprezece sau douăzeci de secole - după un anumit ritual. Mai întâi, în semn de respect, copiii spălau picioarele părinților. Apoi, femeia îl servea pe soț, aducându-i un vas cu apă de spălat pe mâini, pe urmă felurile de mâncare, fiecare pe o frunză de bananier. Bărbatul mânca - servindu-se numai de degetele mâinii drepte - și pe urmă se spăla pe dinți. După care, începea să mănânce și soția, servită de copii. Aceștia mâncau după ce mama termina masa.

Scanned with OKEN Scanner

În epoca Shang - și fireşte, în cele următoare - elementul de bază în alimentația chinezilor din nord era meiul (consumat, de obicei, sub formă de mămăligă), iar la sud, orezul. Grâul - introdus în China probabil din apus - precum şi orzul au rămas totdeauna pe un plan secundar. Din mei (şi la fel din orez şi orz) se pregătea - se pregăteşte şi azi - prin fermentație, o băutură alcoolică asemănătoare întrucâtva berii, condimentată cu mirodenii, băutură foarte apreciată şi azi. Vița-de-vie a fost introdusă din Asia Centrală în secolul II sau I î.Hr.; dar şi peste un mileniu, vinul a rămas încă un lux pe care şi-l putea permite numai curtea imperială.

Chinezii nu aveau nici o restricție de ordin religios în materie de alimentație cu carne (ca indienii, evreii sau arabii). Numai chinezii budişti se abțineau de la carne, ouă, ceapă sau usturoi. Carnea de bovine era accesibilă numai celor bogați. Mai mult ca orice se consuma carnea de porc şi de câine (special îngrăşat cu mei şi alte cereale). Ficatul, rinichii şi alte viscere constituiau, alături de peştele sărat, o parte importantă în alimentația maselor populare. Legumele şi fructele ofereau un repertoriu culinar bogat şi variat[9]*. Chinezii nu consumau deloc nici laptele, nici produsele lactate*[10]*.*

Din aceeaşi perioadă există şi informații despre o bucătărie extrem de rafinată şi de variată. (O scriere a timpului înregistrează peste 200 de feluri de mâncare - 42 pe bază de fructe, 20 pe bază de legume, 29 - de peşte uscat, 17 tipuri de răcoritoare, 19 rețete de pateuri, 57 de prăjituri). Băuturile alcoolice erau foarte numeroase; la data amintită mai sus chinezii cunoşteau cel puțin 54 de feluri de băuturi. Dar ceea ce se consuma - la toate nivelurile societății - în cantități apreciabile, era ceaiul - în zeci de varietăți şi de parfumuri" (Drimba O., *Istoria Culturii şi Civilizației*, vol.II, p.40-41, Ed. Saeculum I.O. & Ed. Vestala, Bucureşti, 1998).

Trecând la civilizația japoneză, informații datând din sec. XIV-XV susțin ca bază a alimentației - ce varia, evident, după regiuni, situație economică şi clasa socială a respectivului japonez - orzul, meiul şi bobul. „*Orezul a înlocuit pâinea - dar numai începând din secolul XV. La acestea se adaugă o bogată gamă de zarzavaturi*[11]*. Carnea, interzisă de prescripțiile budiste, se consuma totuşi, mai ales carnea de vânat (cerb, mistreț, iepure, viezure, capră sălbatică), inclusiv păsări - de la prepelițe, sitari, vrăbii sau fazani, până la şoimi, berze şi gâşte sălbatice. Zonele de coastă ofereau din abundență o imensă varietate de peşti, crustacee şi alge*

---

[9] În sec XII chinezii cunoşteau 18 varietăți de fasole, 9 de orez, 8 de pere, 11 de caise etc.

[10] La fel ca japonezii, coreenii, locuitorii Indochinei şi ai Malaieziei.

[11] Peste 50 de leguminoase, cu numeroase varități: 24 de cartofi, 16 de napi, 14 de castraveți, 12 de vinete etc.

Scanned with OKEN Scanner

marine. Animalele domestice aveau un rol neînsemnat în alimentație; boul și oaia, extrem de rare în Japonia, au apărut foarte târziu, iar porcul abia în secolul trecut. Se consumau multe ouă; în schimb, japonezii nu foloseau în alimentația lor grăsimea, uleiul, laptele, untul sau brânza.

Fructele nu erau considerate o hrană. Zmeura, coacăzele, murele - de pildă - nu erau cunoscute. Mărul, părul sau piersicul au început să fie plantați în Japonia abia la sfârșitul secolului trecut. Dudul japonez nu dă fructe. Varietățile existente de prun și cais dădeau un fruct de o calitate cu totul inferioară; cireșul sălbatic era cultivat numai pentru flori. Foarte rare erau smochinul și vița- de- vie; se cultivau, în schimb, portocalul și pepenele galben. Vechea Japonie nu cunoștea nici vinul, nici berea, nici cafeaua. Băutura cea mai răspândită a fost dintotdeauna „saké", obținută prin distilarea orezului fermentat și având o tărie de 10-14° (dar putând ajunge, prin distilare repetată, până la 50°).

Zahărul importat din China, începând cu secolul VIII, era socotit la început un medicament. Ceaiul, adus din aceeași țară în anul 1187, a devenit peste trei secole, de uz curent la toate nivelurile sociale, băut fără zahăr, rece și în cești minuscule. În Japonia consumul ceremonial al ceaiului[12] *a cunoscut o primă fază, medico-religioasă. Preoții budiști din secta Zen obișnuiau să bea ceaiul spre a-i ține treji în timpul meditațiilor lor nocturne. În primii ani ai secolului al XIII-lea un preot budist scrie un tratat despre efectul salutar al ceaiului - care «reglementează funcția celor cinci viscere și alungă spiritele rele». În timpul ceremoniei religioase care consta în pregătitul și băutul ceaiului - după anumite reguli - credincioșii aduceau un prinos de adorație strămoșilor, în sunet de tobe și fum de tămâie.*

În a doua fază - începută cu anul 1330 - nobilii daimyo obișnuiau să se reunească, într-o ambianță de lux rafinat, să servească o masă compusă numai din rarități și, la sfârșit, să se retragă într-o mică încăpere (în „sala de ceai" - care datează din această epocă), unde aristocraticul divertisment consta în a gusta și a ghici nuanța băuturii, încercând să distingă între 70 și 100 de varietăți de ceai". (Drimba O., *op.cit.*, vol.II, p.121-122).

O serie de date referitoare la civilizația aztecă subliniază rolul agriculturii ca bază a economiei. Era cunoscută de străvechii locuitori ai teritoriului mexican încă de acum 7 mii de ani, fiind practicată cu mijloacele cele mai rudimentare, nefiind cunoscută nici o formă de plug, oricât de primitivă. *„Baza alimentației aztecilor o constituia fasolea și porumbul - plantă sălbatică locală care dădea*

[12] Bine cunoscută în Europa și America este celebra *Carte a ceaiului*, a criticului de artă japonez Okakura Kakuzo (1862-1913).

doar 2-3 boabe, al cărui ştiulete a fost apoi cultivat prin selecția omului. La acestea se adaugă bostanul, pepenele, tigva, fructul de avocado - din care se pregătea un fel de terci - ştirul şi, probabil, cartoful; apoi roşia şi ardeiul iute, drept condiment. Din ținuturi îndepărtate se aduceau, pentru privilegiați, banane şi ananas, vanilie şi cacao; nobilii erau pasionați consumatori de ciocolată, care claselor de jos le era sever interzisă. În schimb, deosebit de răspândit şi folosit în diferite forme era acel aloes mexican gigant, numit agavă. Din sucul acestei plante se prepara prin fermentație băutura aztecă numită pulque; din rădăcină se pregătea o mâncare gustoasă; spinii de agavă foloseau drept ace de cusut; fibrele mai groase erau folosite pentru confecționarea acoperişurilor caselor; din fibrele mai subțiri se țesea o stofă groasă; în sfârşit, din țesutul cel mai fin al agavei aztecii făceau un fel de hârtie.

Acest regim alimentar atât de sărac era eventual completat cu carne, fie de curcan, fie de câine (singurul animal domestic cunoscut de azteci), fie - după regiune - cu vânat sau cu peşte". (Drimba O., *op.cit.*, vol.II, p.189-190).

În epoca clasică, o evidentă tendință spre simplitate şi sobrietate se notează în regimul alimentar al poporului grec. „*În general, grecii erau sobri la mâncare, majoritatea limitându-se la două mese pe zi. Dimineața - câteva bucăți de lipie înmuiate în vin; eventual câteva smochine şi măsline. Lipia - articolul principal în alimentație - era făcută din făină de orz, ovăz sau de grâu. În afară de lipie - uneori condimentată cu diferite arome de plante - pentru cei săraci, alimentul cel mai obişnuit era peştele sărat sau afumat. Ciorbele, de asemenea erau mâncarea sărăcimii. Legumele erau consumate crude sau fierte, pregătite în formă de salate, cu oțet, sare şi untdelemn. Măslinele se găseau din abundență. O importanță deosebită aveau în bucătăria grecilor ceapa şi usturoiul. Laptele (mai ales cel de capră) şi brânzeturile se consumau mult; iar ca desert - fructe (nuci, smochine uscate, struguri) şi turtă dulce. Fireşte că regimul alimentar varia după posibilitățile economice ale fiecăruia, precum şi după regiuni: în bogata regiune a Beoției se mânca mult şi bine, în timp ce Sparta, cu faimoasa ei „ciorbă neagră" ca fel de mâncare obişnuit, era renumită prin alimentația primitivă.*

Peste tot carnea (scumpă, mai puțin însă cea de porc) şi vinul erau articole rezervate celor bogați. În loc de vin se bea un amestec de miere cu apă (hidromel) în fermentație alcoolică. Majoritatea grecilor mâncau carne aproape numai la sărbători, cu ocazia sacrificiilor, când carnea animalelor sacrificate se împărțea celor de față. La mesele celor bogați se servea nu numai carne de animale domestice ci şi vânat (mistreț, cerb etc.), carnea cea mai prețuită era cea de iepure. Carnea era pregătită cu diferite sosuri, care erau în acelaşi timp dulci şi picante. Vinul se bea amestecat în proporție de două părți apă şi o parte vin.

Scanned with OKEN Scanner

Nici la mesele cu invitaţi, la mesele de ocazii, la sărbători familiale, nu se servea un menu prea variat şi copios: se dădea multă atenţie felului în care erau prezentate mâncărurile şi în care era organizată masa. La sărbătorile familiale luau parte copiii şi femeile, care însă nu mâncau întinşi pe paturile -sofale, ci şezând pe taburete.

Când se organizau ospeţe - la care soţiile erau riguros excluse - invitaţii bărbaţi contribuiau cu toţii, sau fiecare îşi aducea mâncarea de acasă. Un invitat îşi putea aduce un alt invitat personal, al său. La intrare un sclav scotea încălţămintea oaspeţilor şi le spăla picioarele. Oaspeţii se aşezau, întinşi câte doi pe un pat-sofa, rezemându-se în cotul stâng. Li se aducea mai întâi un lighean cu apă ca să-şi spele mâinile, apoi la fiecare pat-sofa câte o măsuţă pe care erau aranjate mâncările. Se mânca cu degetele, din străchini de lemn, de ceramică sau din farfurii de metal; se foloseau un fel de linguri - şi mai rar cuţite. Bineînţeles că nu existau feţe de masă sau servеţele; comesenii îşi ştergeau buzele şi degetele cu miez de pâine. În timpul mesei nu se bea decât apă. La sfârşit oaspeţii se spălau din nou pe mâini. Măsuţele erau scoase, sclavii curăţau încăperea de resturile de mâncare aruncate pe jos, apoi aduceau alte măsuţe, vinul, apa şi un vas mare (crater) în care urma să fie făcut amestecul.Din acest moment începea partea a doua a ospăţului, adevăratul symposion (cuvânt care înseamnă „întrunire de băutori"). Cina propriu-zisă avusese doar rostul să pregătească pofta de băut.

Simpozionul începea cu libaţii şi cu un imn cântat în cinstea lui Dionysos. Cei prezenţi alegeau - sau trăgeau la sorţi - pe „regele simpozionului". Acesta stabilea proporţia de apă cu care trebuia amestecat vinul - care uneori era dres cu plante aromatice: cimbrişor, mentă, scorţişoară ş.a. - şi cantitatea pe care urmau s-o bea dintr-o dată comesenii". (Drimba O., *op. cit.*, vol.III, p.108-109).

Cea mai veche concepţie cunoscută despre alimentaţie ca mijloc terapeutic în vindecarea bolilor este cea a lui Hipocrate din Cos (460 - 370 î. Hr.), care a scris şi primele cărţi despre regimul alimentar la omul sănătos şi bolnav.

Ideile emise de Hipocrate au dominat medicina până în secolul al XVI-lea. O parte dintre concepţiile sale despre mediu, boală, influenţa factorilor de mediu ş.a., rămân valabile şi în epoca contemporană. De fapt trebuie să precizăm că noţiunea de „boală", aşa cum o concepem noi astăzi, este opera ultimului secol. Meritul lui Hipocrate este acela că a ştiut să observe influenţa mediului extern asupra sănătăţii omului şi să elaboreze precepte terapeutice bazate pe o fină observaţie a fenomenelor naturale.

„Dieta" înseamnă în limba latină toate elementele care influenţează într-un fel oarecare menţinerea stării de sănătate: aer, hrană, temperatură, exerciţii fizice,

Scanned with OKEN Scanner

odihnă etc. Cuvântul „dietă" rezumă de fapt maniera omului de a trăi, de a se adapta la mediul ambiant. Restrângerea cuvântului „dietă" la cel de regim alimentar apare în secolul I d.Hr. Sensul în care „dieta" este sinonimă cu restricția sau interdicția alimentară nu aparține școlii hipocratice, ci pare să corespundă unei concepții mult mai vechi, ale cărei origini se regăsesc în practica medicală a egiptenilor. Astfel, Herodot menționează în lucrările sale că egiptenii considerau că „hrana este sursa tuturor relelor". Preluată de alte școli medicale orientale, această concepție ajunge în Europa mult mai târziu, prin intermediul practicii unor anumite secte pitagoriciene (Trémolières). Adepții lui Phytagoros (580 - 500 î.Hr.) sunt cei care considerau - principiul esențial al practicii medicale și al terapiei - că hrana este izvorul tuturor bolilor. Această concepție străbate întreaga medicină veche, de la Hipocrate până la Christoph Wilhelm Hufeland, medic german (1762-1836). Reminiscențele unei astfel de concepții le găsim uneori și în epoca contemporană, în diferitele recomandări dietetice.

Concepția medicală a lui Hipocrate s-a născut într-o epocă în care filozofii descoperiseră natura și căutau prin legi naturale toate fenomenele vieții. Bolile nu sunt nici de natură divină nici de sorginte diavolească. Ele sunt rezultatul ruperii echilibrului dintre organism și mediul ambiant.

Ideile de bază ale lui Hipocrate se rezumă (după Trémolières, Dobrovici ș.a.) la aceea că tot ce există este compus din materie în continuă mișcare. Totul este într-o permanentă schimbare. Natura înconjurătoare și organismul uman ascultă de aceleași legi. Substanțele care hrănesc omul și organismul care este hrănit se compun din aceeași materie și anume sunt formate din amestecul în proporții variabile a patru elemente: foc, pământ, apă, aer. Acestea corespund celor patru calități ale materiei: cald, uscat, umed și frig.

Aceste elemente au efecte contrarii, care se opun continuu și se neutralizează; fără un anumit echilibru între ele, viața nu ar fi posibilă. Elementul propriu materiei vii este focul, abundent la animale cu sânge cald și mai puțin abundent la cele cu sânge rece, sărac la vegetale.

Căldura ființelor vii este întreținută de alimente, de focul pe care îl conțin. Acest foc conținut de alimente constituie numai o parte din focul universului și el pătrunde, prin digestie și asimilare, în organismul viu. (La antici noțiunea de digestie avea un sens mai larg, înglobând toate transformările suferite de alimente, din stomac și până în țesuturi).

În concepția lui Hipocrate, alimentația influențează atât viața omului bolnav, cât și pe cea a omului sănătos. „*Sunt convins că orice medic care studiază natura umană trebuie să caute cu grijă raporturile existente între om-aliment și băuturile folosite... și ce influență exercită acestea asupra lui*" (Hipocrate - *Vechea*

Scanned with OKEN Scanner

medicină). În lucrarea *Despre regim* Hipocrate defineşte, de fapt, raţia de întreţinere, care în epoca noastră este redată cu ajutorul caloriilor, atunci când se spune: „*Dacă reuşim să găsim pentru fiecare om echilibrul dintre alimentaţie şi exerciţiile fizice, astfel încât să nu fie nici mai mult nici mai puţin, am reuşit să descoperim mijlocul de întreţinere a sănătăţii*".

Hipocrate consideră că „*hrana este necesară, întrucât alimentul conţine părţi din tot ce există în corpul omului*" şi mai departe, „*cel ce vrea să scrie despre regimul alimentar trebuie să cunoască bine omul; trebuie să cunoască bine toate alimentele care intră într-un regim, proprietăţile lor naturale sau dobândite în urma pregătirii de către om*". În concepţia lui, alimentele şi exerciţiile fizice sunt cei doi poli opuşi care concură la întreţinerea sănătăţii. Aici se găsesc, de fapt, ideile echilibrului dintre ceea ce primeşte şi cheltuieşte organismul, promovate de alimentaţia nutriţională din zilele noastre. El insistă asupra importanţei alimentaţiei omului sănătos, întrucât de aceasta depinde dezvoltarea fizică, forţa şi aptitudinea pentru sport.

Spre deosebire de egipteni, care considerau dăunătoare sănătăţii exerciţiile fizice zilnice, grecii practicau gimnastica. Medicii lor căutau să găsească alimentele capabile să dea forţă organismului, alimentele cele mai potrivite cu vârsta, sexul şi constituţia. Hipocrate considera că tulburările de nutriţie apar mai uşor la cei ce duc o viaţă sedentară, fără mişcare, sau la cei ce au încetat să mai muncească. De aceea, gimnastica ocupă un loc deosebit în tratamentul prescris de şcoala sa în bolile cronice. Oamenii, chiar în vârstă, erau supuşi, concomitent cu regimul alimentar, la marşuri zilnice. Platon reproşează medicilor că prin această atitudine prelungesc viaţa bolnavilor şi nu lasă natura să acţioneze (Platon, *Republica*). De fapt, prin aceste cuvinte se aduce mai mult un elogiu decât o blamare medicilor greci .

Hipocrate cunoştea bine valoarea energetică a alimentelor. Astfel, în *Articulaţiile*, el arată că repausul la pat necesită o alimentaţie mult mai redusă: „regimul este dăunător când se dau corpului mai multe alimente decât are nevoie".

După Hipocrate, alimentaţia trebuie să fie variabilă cu sezonul. Omul nu trebuie să mănânce vara ce mănâncă iarna. De asemenea trecerea de la un regim la altul, în raport cu anotimpul, trebuie făcută treptat. Schimbările de alimentaţie trebuie făcute treptat şi la bolnavi. „Mai multă valoare are un regim necorespunzător din punct de vedere al evoluţiei bolii, decât o schimbare de regim", considera el. Profesiunea impune regimul adecvat. Unul este regimul alimentar al marinarilor în timpul navigaţiilor prelungite şi altul este regimul filozofului sau al muncitorului de câmp.

În călătoriile sale, Hipocrate a reuşit să studieze alimentaţia diferitelor popoare. Astfel, el este cel care ne spune că „*egiptenii se hrăneau cu carne de capră*", iar „*sciţii*

Scanned with OKEN Scanner

beau lapte de iapă". De la el știm că grecii mâncau, în afară de carnea animalelor obișnuite, cunoscute, și carne de vulpe, câine, arici etc. După el, între alimentație, origine și locul geografic ocupat de un popor este o legătură ce nu trebuie ruptă niciodată.

Multe alimente dintre cele folosite astăzi nu erau cunoscute pe vremea lui Hipocrate (bineînțeles, nu ne referim la produsele rafinate ale ultimului secol). Astfel, untul nu era cunoscut; unele legume de asemenea nu erau cunoscute (fasolea, sparanghelul, vinetele, conopida nu erau cunoscute înainte de secolul al XVIII-lea). Roșiile, cartofii, citricele, cafeaua și altele sunt introduse în alimentație mult mai târziu. Biftecul nu are mai mult de un secol.

Galien (medic și filosof de origine greacă, - Galenos, Galenus - 129-199 d.Hr., stabilit în anul 161 la Roma) este cel care introduce concepția hipocratică în lumea medicală a Imperiului Roman. El este autorul unor regimuri grupate în funcție de boli (terciul de cereale cu lapte, pentru refacerea sângelui; laptele de capră sau de măgăriță în ftizie; regimul fără sare în stările pletorice etc.).

Roma lui Publius Ovidiu (43 - 17 î.Hr.), a lui Lucius Primacus Seneca cel Tânăr (4 î.Hr.- 65 d.Hr.), a lui Marius Tullius Cicero (106-43 î.Hr.) și a lui Quintus Flacus Horațiu (65-8 î.Hr) se ridică împotriva abundenței alimentare, a supraalimentației „care coboară pe om", promovând în schimb un regim de abstinență alimentară, uneori foarte asemănător cu regimul vegetarian recomandat mai târziu de unii dieteticieni.

„Alimentația vechilor romani, în primele timpuri frugală, a devenit apoi destul de variată, iar ca mod de preparare foarte diferită de a noastră. Pâinea a ajuns un element comun abia în secolul II î.Hr. Până la acea dată, în loc de pâine se consuma un fel de fiertură, un terci din mei sau din făină de grâu cu tărâțe, fierte în apă sau în lapte; la care se adaugă - după gust și posibilități - ouă, brânză, miere, condimente diferite, bucăți de carne sau măruntaie. Acest terci a rămas până în epoca Imperiului mâncarea de bază, aproape zilnică, a celor săraci. Pâinea - din făină de grâu sau, mai modestă, de orz - a rămas mult timp un articol de lux. Era preparată de brutari (în timp ce în gospodărie se făcea lipia), fără plămădeală, până târziu în era republicană. Plămădeala era de obicei pregătită (din făină de mei amestecată cu must de struguri) o dată pentru întreg anul, ceea ce dădea pâinii un gust acru. Romanii consumau mai multe calități și varietăți de pâine - pregătită cu lapte, sau cu untdelemn sau cu untură, sau cu condimente, sau cu ouă, sau chiar cu stafide. În general însă se punea foarte puțină plămădeală, încât pâinea era foarte deasă și grea pentru stomac.

Baza alimentației o formau legumele, de unde nevoia unui consum de sare într-o cantitate mai mult decât dublă față de ceea ce socotim noi azi necesar organismului. Varza, ceapa și usturoiul, sfecla albă, lăptucile și măcrișul, castravetele, bobul și lintea, frunzele de hrean, ridichile, urzicile sau prazul erau

Scanned with OKEN Scanner

legumele care - fierte şi pregătite cu untdelemn, oţet sau vin - constituiau hrana majorităţii populaţiei. Ţăranii consumau carne de oaie şi de capră, extrem de rar carne de vacă; carnea de porc putea fi apreciată numai de cei avuţi. Pentru mesele celor foarte bogaţi se vânau cerbul şi mistreţul, în timp ce iepurii şi hârciogii erau îngrăşaţi în crescătorii. Dintre păsări (comune erau găina şi gâsca), cele mai apreciate la marile ospeţe erau fazanul, bibilica şi în special păunul îngrăşat.

Laptele dulce era folosit mai mult pentru prepararea mâncărurilor decât băut. Romanii beau mai ales lapte acru, de oaie şi de capră, foarte rar lapte de vacă. Pregăteau caşcaval şi diferite brânzeturi, condimentându-le cu tot felul de ierburi, de fructe, de substanţe aromatice; în schimb, nu consumau deloc smântâna sau untul. Deşi cunoşteau uleiul de nucă, de migdale, de susan, de rapiţă etc. romanii întrebuinţau în alimentaţie numai untdelemn de măsline (care, până în ultimele secole ale Republicii, era totuşi foarte scump). Măslinele se consumau în mare cantitate, proaspete sau conservate; îndulcite cu miere se serveau fie ca aperitiv, fie ca desert. Ţăranii mai făceau şi un fel de turtă din măsline tocate şi condimentate cu diferite ierburi aromatice. Smochinele, strugurii, alunele şi nucile se mâncau cu pâine. Conservate prin uscare, merele, perele şi prunele erau mâncarea frecventă a ţăranilor iarna. Dar marea pasiune gastronomică a romanilor era peştele, precum şi numeroasele specii de crustacee şi moluşte". (Drimba O.,*op. cit.*, vol.III, p.271-273).

„S-au păstrat numeroase reţete culinare şi multe informaţii privind bucătăria romanilor. În general, reţetele şi preferinţele lor - de pildă, pentru carnea anumitor animale (hârciog, măgar sălbatic) sau păsări (păun, flamingo, barză, cocor, papagal) - rămân foarte departe de gusturile lumii moderne. Carnea de porumbel, de exemplu, era pregătită cu miere, curmale, piper, oţet, untdelemn şi muştar; ţiparul se servea cu piersici drept garnitură; iar alte specii de peşti erau preparate nu mai puţin straniu: cu prune, marmeladă de caise sau cu pireu de gutui. Romanii erau foarte lacomi de ciuperci, pe care însă le pregăteau cu miere de albine! În toate reţetele de bucătărie romane figurau din abundenţă substanţele aromatice, unele cu totul neobişnuite; pistil de şofran, suc de trandafiri ş.a. Asocierea de elemente picante cu elemente dulci era proprie bucătăriei romane.

Dar caracteristica principală a acestei bucătării era folosirea largă a diferitelor sosuri de peşte. Între acestea era şi faimosul „garum" - un ingredient foarte scump, pregătit din măruntaie şi bucăţi întregi de peşte gras, amestecat cu sare şi plante aromatice; totul era lăsat să fermenteze, să se descompună, timp de o lună; după care, din acest amestec se filtra preţiosul lichid, garum, folosit până şi la prepararea... dulciurilor!

Scanned with OKEN Scanner

Dulciurile le pregăteau romanii folosind - ca elemente principale şi în cele mai neobişnuite combinații - mierea, brânza, vinul, grăsimea de porc, anasonul şi chimionul. Alte dulciuri preferate erau: omleta pregătită cu lapte, apoi acoperită cu miere şi cu piper; sau nuci, migdale şi curmale fierte în miere şi la urmă aromatizate cu felurite condimente picante. După dulciuri urmau fructele uscate şi - vinul.

Romanii disprețuiau berea - băutură curentă în Spania, în regiunile dunărene, în Gallia (unde se bea amestecată cu miere), dar în Peninsula Italică numai în zona locuită de liguri. Țăranii romani preparau vinuri de fructe, băuturi fermentate din miere, pere, gutui, scoruşe ş.a.; amestecând o parte de miere şi două părți de apă de ploaie fiartă, obțineau o băutură pe care o consumau după o perioadă de fermentație de câteva luni. Dar principala băutură de larg consum rămâne vinul de struguri. Era o băutură accesibilă tuturor, intra chiar şi în rația alimentară a sclavilor - firește, vinul de proastă calitate[13].

Felul în care era tratat şi conservat vinul - chiar şi cel rezultat din prima tescuire - îi dădea un gust foarte ciudat; căci pentru conservare, înainte de tescuire, strugurii erau ținuți în apă de mare, sau se adăuga mustului sare, în proporție de 4%. (Grecii însă puneau în vin apă de mare într-o proporție de până la 33%!). Vinul era apoi păstrat sau transportat în amfore smolite în interior cu răşină (sau cu un bitum special adus din Palestina) şi acoperite cu răşină şi cu un strat de argilă în care se introducea un con de pin - care apoi încolțind şi umflându-se făcea ca amfora să fie închisă ermetic. Adeseori se adăugau felurite plante aromatice, care schimbau complet gustul vinului. Vinurile licoroase se obțineau fierbând mustul. Ca aperitiv, se bea must fermentat timp de 20 de zile, adăugându-i-se o parte de miere la 3 părți de must. Alte tipuri de vin aperitiv erau aromatizate cu pelin sau cu un amestec de trandafiri, levănțică şi... bitum! Sau cu miere în care se maceraseră frunze de trandafir, de violete sau de cedru. Femeilor le era interzis prin lege să bea vin (întrucât se credea că vinul provoacă sterilitatea şi avortul spontan), - dar această dispoziție oficială nu era respectată.

Masa principală a unui roman era cina. Dimineața romanii luau o mică gustare: pâine, brânză, măsline sau miere; iar la prânz, mâncare rece, de obicei rămasă din seara precedentă. În casele celor bogați bucătarii erau recrutați dintre sclavi (cetățeni romani bucătari de profesie nu existau, spre deosebire de Grecia). Fastul excesiv, de prost gust, de la mesele îmbogățiților era ilustrat de cina dată de Trimalchio, descrisă de Petroniu în „Satiricon"; dar, în general asemenea

---

[13] Cato ne-a transmis rețeta vinului pe care îl dădea sclavilor săi: un amestec de 52 litri de vin, cu 52 litri de oțet, 260 litri de must, 35 litri de apă de mare şi 1300 litri apă dulce!

Scanned with OKEN Scanner

excese erau excepții. În straturile sociale medii și superioare cina cu invitați era o plăcută ocazie de întâlnire, de conversație, de destindere, de petrecere". (Drimba O., *op. cit.*, vol.III, p.273-275).

Alimentația în Evul Mediu era bazată pe cereale, consumate mai puțin ca produse panificate, și mai mult sub formă de fiertură sau de turte. Cel mai folosit era orzul apoi secara și grâul. În zonele de munte se cultiva alacul, iar în ținuturile meridionale, diferite specii de mei. Ovăzul intra mai ales în pregătirea supelor și a fierturilor, în care mai puteau intra legume (fasole, mazăre, ceapă), semințe de cânepă, sau produse sălbatice (castane, ghindă). Numai către sfârșitul Evului Mediu, ovăzul și anumite alte cereale vor rămâne ca hrană exclusiv pentru animale.

Începând din secolul al XII-lea, ameliorarea condițiilor de trai a permis ca în alimentația țăranilor să intre mai multe proteine: carne, păsări de curte, ouă (consumate în mare cantitate), brânzeturi (mai mult din lapte de oaie), pește proaspăt, sărat sau afumat (în special hering) și vânat (iepure). Consumul de carne de bovine și de ovine venea după carnea de porc. În orice caz țăranii din Occident consumau incomparabil mai multă carne decât cei din Asia sau din Africa.

Bucătăria țăranului folosea mult condimentele și plantele aromatice (foarte mult usturoi, apoi pătrunjel, muștar, mentă, cimbru ș.a.). Majoritatea mâncărurilor erau pregătite într-o formă intermediară între supă și tocană, cu sosuri în care intrau miez de pâine, ceapă, zeamă de aguridă și nucă. La acestea se mai putea adăuga piperul - care însă costa enorm.

La fel și alimentația țăranilor, și cea a seniorilor sau o orășenilor bogați varia mai puțin în funcție de regiune, cât mai ales în funcție de posibilitățile economice ale fiecăruia. Deosebirea dintre masa unui cavaler mijlociu și cea a unui țăran înstărit era minimă. „*Gastronomia va lua avânt doar în a II-a jumătate a secolului al XIII-lea; iar dezvoltarea sa va fi legată de ascensiunea burgheziei urbane, care, înaintea nobilimii, va căuta în bucătăria elaborată și rafinată o dovadă a reușitei sale sociale*" (M. Pastoureau).

Alimentația seniorilor se deosebea esențial de cea a țăranilor prin faptul că primii consumau mult mai multă carne. În primul rând vânat - iepuri, cerbi, capre de munte, mistreți, urși, apoi porumbei, cormorani sau cocoși de munte; iar la sărbători sau la ospețe deosebite, păun, lebede, cocori, bâtlani. Dar baza rămânea tot carnea de porc; iar mai târziu, spre sfârșitul secolului al XIII-lea, și carnea de vită sau de oaie. Se consuma foarte mult pește proaspăt (era preferat cel de apă dulce), sau peștele de mare, uscat, sărat și afumat. Atât carnea cât și peștele se serveau întotdeauna cu un sos picant, preparat cu condimente locale: pătrunjel, mărar, ceapă, usturoi, măcriș, sau sălbatice: mentă, rozmarin, chimion, măghiran, precum și cu mirodenii din Orient: piper, scorțișoară, cuișoare. Un

Scanned with OKEN Scanner

sos foarte obișnuit se pregătea din vin cu miere, la care se adăuga usturoi, piper și mentă. Carnea friptă se servea cu salată sau cu fructe coapte - pere, prune, piersici. Legumele - rezervate zilelor de post - nu erau apreciate.

Un loc important la masă îl ocupa desertul, mai ales produsele de patiserie și prăjiturile pe bază de miere și de pastă de fructe. Fructele crude locale (mere, pere, cireșe, zmeură, căpșuni - care erau puțin apreciate - nuci și alune) se mâncau de regulă în afara mesei. La mesele celor bogați se găseau și fructe aduse din Orient: pepene galben, caise, portocale, curmale sau smochine.

Băutura celor săraci era cidrul - mai ales cel de pere, mai puțin acru și care, lungit cu apă, era și băutura copiilor. Mai răspândit era hidromelul, băut curat sau amestecat cu vin. Din anumite fructe sălbatice (mure, porumbele) se făceau vinuri aromatizate și ușor fermentate. Berea era o băutură obișnuită, mai ales în Anglia și Germania; în alte părți nu era prețuită decât de femei. Se pregătea nu numai din orz, ci și din grâu, ovăz sau alac. Începând din secolul al XV-lea, la pregătirea ei s-a adăugat și hameiul. Uneori berea era îndulcită cu miere sau aromatizată cu mentă.

Dar băutura, prin excelență, a Occidentului medieval era vinul, - considerat un izvor de sănătate și o binecuvântare a Cerului. După anul 1000, vița-de-vie era cultivată peste tot; unele regiuni erau deja specializate în vinuri albe, ușoare sau în vinuri roșii, tari. Metodele viticole erau cele care s-au păstrat până în secolul al XIX-lea; dar tehnica de vinificare era încă rudimentară. Nu existau vinuri vechi, decât cele în prealabil fierte, care în schimb se consumau mult.

Dacă până în secolul al XI-lea oamenii erau subalimentați, în următoarele secole alimentația a continuat să rămână mult deficitară în proteine. Perioadele de abstinență - posturile - au avut într-adevăr un important rol dietetic.

Mai puține informații avem cu privire la alimentația celților. „*Masa lor importantă era cea de seară. Pâinea, fiertura de ovăz (porridge), peștele și vânatul, constituiau hrana obișnuită a celor mulți, alimente la care cei bogați adăugau carnea de vită sau de porc. Băuturile curente erau berea și hidromelul. La ospețe se bea și vin, băutură rară, importată (chiar din Gallia, vița- de- vie va fi cultivată târziu)*" (Drimba O., *Istoria culturii și civilizației*, vol.2, p.40, Ed. Științifică și Enciclopedică, București)

Alimentația vechilor germani era dominată de terciul din făină de grâu, orz sau secară și lipia coaptă, după care „*hrana lor consta în lapte, brânză și carne*" - ne informează Caesar. Iar Tacitus: „*Mâncărurile lor nu-s de multe feluri: poame pădurețe, vânat proaspăt sau lapte acru; foamea și-o astâmpără fără multă gătire și fără dresuri*" (Drimba O., *op. cit.*, prima ediție, vol.2, p.106).

Posibilitățile locale erau, firește, cele care hotărau prevalența unora sau altora din elementele regimului alimentar. Vânatul bogat era asigurat de pădurile întinse, în timp ce pentru germanii ce locuiau în regiunile de coastă, hrana substanțială

Scanned with OKEN Scanner

furniza pescuitul şi ouăle păsărilor acvatice. Se consuma carnea păsărilor de curte, carnea de oaie şi în special de porc (iar cea de cal numai la ospeţe sacrificiale) conservată pe timp de iarnă, sărată sau afumată. Laptele de vacă sau de capră, băut de preferinţă acru, servea şi la pregătirea brânzei şi untului. Zarzavaturile erau puţin căutate. Fructele consumate erau doar merele mici, sălbatice, pomii fructiferi şi viţa-de-vie fiind introduse în Germania de către romani. Mierea, singura substanţă zaharoasă a Evului Mediu, era foarte căutată, mai ales pentru pregătirea hidromelului. Berea era pregătită din cereale, în primul rând din orz; în procesul de fermentaţie i se adăuga o plantă sălbatică - coada şoricelului - pentru a-i da un gust uşor amărui.

În ceea ce priveşte alimentaţia bizantinilor, se pare că, în general, nu era deloc frugală. Modul de hrănire al celor din Bizanţ depinde, bineînţeles, de situaţia economică a fiecărui individ în parte. *„Bizantinii luau 3 mese pe zi, cea de prânz fiind cea mai copioasă. Începea cu aperitive: ouă moi, şuncă, anghinare cu sos alb. Urma peşte prăjit, cu făină de muştar, sos de nard şi coriandru; friptură de raţă, de căprioară împănată cu usturoi, ceapă şi praz, cu multă saramură şi pulpă de porc la grătar. La sfârşit, desertul; prăjitură din biscuiţi cu cremă, mere, struguri, rodii, curmale şi migdale. Vinurile aduse din Grecia nu puteau fi băute de occidentalii veniţi în Bizanţ. Mâncărurile erau în general foarte picante, pregătite cu tot felul de condimente în cantităţi mari - piper măcinat, sare, usturoi, oţet, nard, chimion, scorţişoară, cuişoare. Meniul putea fi - după posibilităţi - foarte bogat şi variat; dar şi zilele de post erau riguros respectate - fiind interzise brânza şi peştele. Pe de altă parte, medicii căutau să tempereze excesele gastronomice, «publicând calendare care indicau, pentru fiecare lună, care sunt mâncărurile prielnice şi cele dăunătoare»* (L. Brehier, apud Drimba O., *op. cit.*, prima ediţie, vol.2, p.178).

Numeroase cărţi de bucate din secolul IX şi următoarele, transcriind sute de reţete culinare, arată marea importanţă acordată de musulmani modului de alimentaţie, artei culinare, ce era considerată aproape o ramură a medicinei. *„Bucătăria civilizaţiei arabe folosea foarte mult plantele aromate şi mirodeniile, de la cele obişnuite (pătrunjel, mărar, cimbru, levănţică, nalbă, tarhon, dafin, chimen, mac, capere, ceapă, usturoi) până la cele mai rare (cuişoare, piper, mastic, ghimber, scorţişoară etc.) Dintre zarzavaturi, frecvent folosită era fasolea, dar leguma cea mai des întâlnită era vânăta, consumată mai ales după conservare în oţet (ca şi castraveţii, ceapa, ardeiul, sparanghelul).*

În ceea ce priveşte carnea, preceptele religioase interziceau consumul cărnii animalelor sacrificate altfel decât prin sângerare. Sub influenţa evreilor - care erau convinşi că porcul este un animal impur, purtător de lepră - musulmanii

Scanned with OKEN Scanner

interziceau strict în alimentație carnea de porc. În privința animalelor permise preferințele difereau de la o țară la alta: în Siria, Egipt și Mesopotamia - pentru carnea de oaie, de cămilă; în Persia - pentru carnea de vită și, mai ales, de oaie; în Turkestan - pentru carnea de cal. În toate țările islamice, căpeteniile religioase, imamii, interziceau consumul insectelor, reptilelor, păsărilor de pradă și, în general, a animalelor carnivore. Dar un călător persan din secolul al XI-lea informează că în Arabia, măcelarii vindeau în mod curent: șerpi, șopârle, arici, câini, pisici și șobolani. Cărțile arabe de bucate transcriu și un număr mare de rețete de dulciuri și de produse de patiserie". (Drimba O., *op. cit.*, prima ediție,vol.2, p.293).

Concluzionând asupra trăsăturilor particulare ce defineau alimentația diferitelor civilizații de-a lungul timpului, se impune a sublinia încă o dată dependența acesteia de o serie de factori: climatici, sezonieri, geografici, economici, sociali, a căror amprentă, deloc de neglijat asupra modului de hrănire de atunci, poate fi un standard de la care pot porni cercetări privind combaterea unor boli ale civilizației.

1.2. Istoria dieteticii

Istoria dieteticii este legată de evoluția de-a lungul anilor a cunoștințelor omului despre natura înconjurătoare, a chimiei, fiziologiei, fiziopatologiei, biofizicii și patologiei.

Așa după cum subliniază Trémolières, o dată cu sfârșitul Imperiului Roman, au urmat secole de întuneric, nu numai în istoria culturii, a moravurilor, dar și a medicinei. Abia la începutul secolului al XVI-lea Hipocrate și Galien sunt redescoperiți, cărțile lor publicate și doctrina lor promovată. Tratatele de dietetică publicate acum le reproduc pe cele vechi. Un exemplu în acest sens este *Regimen sanitatis*, publicat de școala din Salerno. Dietele care încep a fi promovate sunt însă, spre deosebire de cele ale școlii din Cos, diete restrictive. Religia impune multe zile de post - peste 100 pe an - , fapt cu consecințe nutriționale nefaste. Apar frecvent denutriții mari, edeme de foame (edemele de foame din Postul Paștelui, menționate de cronicarul și cruciatul francez Jean de Joinville, c.1224-1317). Medicii luminați ai epocii caută să impună unele afirmații. Dispensele de la Postul Mare, care încep din secolul al XVI-lea, intoleranța la unt și lapte, generalizate în Franța după anul 1505, introducerea peștelui în alimentație etc. se datorează presiunii, argumentate a acestor medici.

Tot în această epocă încep să se izoleze unele boli carențiale. Descoperirea scorbutului de către medicii nordici Enricus Corides (1534) și Agricola (1536)

Scanned with OKEN Scanner

şi cunoaşterea posibilităţii de a vindeca boala prin fructe de pădure, portocale şi lămâi (dieta de fructe) au reprezentat un momente de o importanţă deosebită. Terapia indicată apărea temerară, întrucât fructele se găseau, după opinia medicilor epocii, la originea febrei şi a tulburărilor digestive. Medicul francez Guillaume de Baillou (1538-1616) în 1578 a introdus în terapia unor boli dieta lactată şi dieta uscată.

Dezvoltarea anatomiei, fiziologiei şi chimiei, care are loc în secolele XVII şi XVIII, începe să schimbe concepţiile dietetice ale epocii. În anatomie şi fiziologie are loc descoperirea circulaţiei sanguine (W. Harvey, 1619), a circulaţiei limfatice prin vasele chilifere (J. Pecquet, 1647; O. Rudbeck, 1652). Se consideră că substanţele nutritive trec direct în sânge. Ficatul şi splina nu mai prezintă importanţa avută timp de secole. Organismul este conceput ca un fel de maşină hidraulică sau ca un aparat de distilare (Jean Trémolières, nutriţionist francez).

Până la sfârşitul secolului al XVIII-lea, nici o idee despre alimentaţie nu are un fundament fiziologic. Faptul că hrana constituie sursa de energie prin care organismul face faţă nevoilor vitale este un adevăr care se pune în discuţie abia la sfârşitul secolului al XVIII-lea, paralel cu descoperirea oxigenului şi cu înţelegerea procesului de combustie. A. L. Lavoisier , chimist francez (1743-1794) arăta că în organism are loc un proces de combustie lentă a carbonului şi hidrogenului, în prezenţa oxigenului adus prin respiraţie. Rezultatul acestei combustii este energia eliberată de aliment concomitent cu bioxidul de carbon şi apa.

Progresul deosebit al chimiei începe o dată cu secolul al XIX-lea, aducând şi dezvoltarea chimiei alimentelor. Apar noi clasificări ale alimentelor. Se determină compoziţia alimentelor şi conţinutul lor în proteine, glucide, lipide, minerale şi apă, se urmăresc transformările lor în organismul animal. Apar şi se dezvoltă noţiuni noi: căldura specifică, modificări energetice, calorii, metabolism azotat etc. Se continuă investigaţiile asupra respiraţiei şi asupra consumului de energie. Justus von Liebig (1803-1873) stabileşte că energia calorică a organismului rezultă din arderea principiilor alimentare (glucide, lipide, proteine) furnizate de alimente. M. J. von Pettenkofer (1818-1901) şi Karl von Voit (1831-1908) studiază coeficientul respirator şi cantitatea de căldură în raport cu principiul alimentar metabolizat. Voit este primul care determină bilanţul azotat al organismului; azotul din urină reprezintă în concepţia lui măsura fidelă a intensităţii metabolismului proteic. M. Rubner (1854-1932) în Germania şi W. O. Atwater (1844-1907) în S.U.A., determină compoziţia şi valoarea calorică a produselor ingerate, modificările suferite în organism, tipul de excreţie etc. Se confirmă astfel că legea termodinamică a energiei este valabilă şi la nivelul organismului. Glucidele şi lipidele metabolizate în organism eliberează aceeaşi energie pe care ar elibera-o

Scanned with OKEN Scanner

prin ardere în calorimetru. Sursa de energie este reprezentată de energia chimică potențială cuprinsă în principiile alimentare (glucide, lipide şi proteine). Prin oxidare, această energie este eliberată sub formă de căldură. Consumul de oxigen este proporțional cu intensitatea oxidărilor. Cantitatea de oxigen folosit, atât în organism cât şi în calorimetru, este cu atât mai mare cu cât principiul oxidat este mai bogat în carbon şi hidrogen şi mai sărac în oxigen. Deci, oxigenul consumat este în raport direct cu principiul alimentar metabolizat.

Terapia dietetică obține astfel o bază experimentală nouă, datorită studiului substanțelor nutritive făcut de Liebig, prin întemeierea fiziologiei nutriției de către Rubner şi Atwater, prin cunoştințele noi despre metabolismele intermediare şi schimburile de substanțe demonstrate de fiziologie.

1.2.1 Principiile nutritive din alimentație

Începând cu secolul XX, atenția se îndreaptă spre substanțele necalorigene din alimente, elemente minerale - sodiu, clor, potasiu, sulf, magneziu, fosfor, calciu - şi microelemente. În această ultimă categorie sunt înscrise metale ca: fier, mangan, zinc, cupru, nichel, cobalt, aluminiu, plumb, molibden şi metaloide ca: iod, fluor, arsen, siliciu, bor etc. Se ajunge la concluzia că din cele 102 elemente cunoscute, peste 60 se găsesc în organismele vii. Substanțele minerale se iau din hrana naturală; ele pot însă să lipsească uneori din alimentație. Un regim cu consum redus de lapte, legume şi fructe, duce la o insuficientă mineralizare; uneori chiar solul contribuie la aceasta. În zonele tropicale umede există un sol bogat în laterit, care este sărac în calciu şi fosfor; alimentele vegetale cultivate aici sunt mai sărace în aceste elemente, fapt care le scade valoarea nutritivă.

Fiziologii fixează şi cantitățile de care organismul omului sănătos are nevoie zilnic: 0,5-1 g calciu; 1-2 g fosfor; 6-16 mg fier; 10-14 g sare etc. În general, cantitatea totală de minerale necesară zilnic organismului ajunge la 25-30 g. Toate aceste săruri sunt aduse prin alimentație. Lipsa lor din alimente poate provoca tulburări. Lipsa de calciu provoacă rahitismul (acesta nu depinde numai de alimentație: în S.U.A. şi Marea Britanie rahitismul este extrem de frecvent, pe când în Mexico, Puerto Rico, Zair, el este aproape necunoscut - deşi ingestia este la jumătate decât cea necesară; acest fapt este explicat prin acțiunea soarelui, care stimulează producerea vitaminei B_2 în tegumente). Deşi fosforul este găsit în orice aliment, există totuşi „foame de fosfor" în Zair şi Transvaal. Lipsa de fier este observată frecvent în regiunea tropicală şi ecuatorială, în regiunile infestate cu *Ankilostoma duodenalis* sau *Necator americanus*; există însă şi acolo unde alimentația carnată este insuficientă.

Deficiențele în microminerale sunt cunoscute de abia în ultimul timp. Se cunoştea rolul deficienței iodului în apariția guşei endemice sau al deficitului de fluor în apariția cariilor dentare. Dar rolul diverselor microelemente în metabolismul omului normal şi în determinarea unor procese patologice este insuficient cunoscut şi astăzi. Astfel, în ultimul timp s-a remarcat că deficiența de zinc, în special la bărbații din Egipt şi Iran, se caracterizează prin nanism, hipogonadism, anemie feriprivă, hepatomegalie; ea ar fi provocată de alimentația monomorfă (pâine şi fasole).Se cunoaşte acum rolul antioxidant al unor microminerale precum zincul, seleniul, magneziul, mangan ş.a.

Dar ceea ce eclipsează toate achizițiile primei jumătăți a secolului al XX-lea, este descoperirea *vitaminelor*. Cel care pune bazele cercetărilor şi, mai târziu ale descoperirii vitaminelor este medicul olandez Christiaan Eijkman (1858-1930) care, lucrând în Indiile Olandeze, descoperă la sfârşitul secolului al XIX-lea cauza bolii „*beri-beri*" (cel care menționează prima dată că boala s-ar datora alimentației cu orez decorticat este, de fapt, japonezul Takaki). Casimir Funk (1884-1967), biochimist american de origine poloneză, este primul care, în „Etiologia bolilor carențiale", apărută în 1912, foloseşte termenul de „*vitamine*". Cel care arată că vitaminele sunt „substanțe răspândite în regnul animal şi vegetal, care apar în alimentație numai în mici cantități şi sunt indispensabile pentru creşterea şi conservarea organismului animal", este H. Hofmeister. Rolul antioxidant al vitaminelor C, E, A este apanajul descoperirilor din ultimii zece ani.

Această descoperire a dus la neglijarea echilibrului cantitativ şi calitativ dintre principalele surse calorice.

Şi, oricât ar părea de curios, de abia la jumătatea secolului al XX-lea, nutriționiştii ajung la concluzia că nici un sindrom de deficiență nutritivă umană nu este aşa de dăunător ca denutriția proteică, deşi încă din 1838, G. J. Mulder (1802 - 1880), bazându-se pe constatarea că substanțele complexe care conțin carbon, oxigen, hidrogen, azot şi sulf se găsesc în toate formele de viață, a conchis că ele trebuie să ocupe primul loc în desfăşurarea fenomenelor vitale şi le-a numit după Wener *proteine* (de la *proteias* = primar = prim). Nu este vorba de un compus individual, ci aşa cum spune Breese Jones (1939), există numeroase proteine, care diferă una de alta din punct de vedere fizic şi chimic. Ele pot avea procentaje identice de carbon, hidrogen, oxigen, azot, sulf şi totuşi, să aibă proprietăți diferite. Toate au însă o trăsătură comună: conțin azot de la 15 la 18% (Platt). Proteinele îndeplinesc numeroase roluri în organism, care nu pot fi preluate de nici o altă substanță. Aceste proprietăți se datoresc funcției NH_2, care permite legătura peptidică dintre aminoacizi. Proteinele sunt formate dintr-un număr variabil de aminoacizi.

Scanned with OKEN Scanner

T. B. Osborne (1858 - 1929) şi L. B. Mendel (1972 - 1835), la începutul secolului al XX-lea, arată că valoarea nutritivă a unei proteine depinde de conținutul ei în aminoacizi.

În 1938, Rose, elev al lui Mendel, a împărțit aminoacizii în *aminoacizi esențiali* sau *indispensabili* şi *aminoacizi neesențiali*.

Valoarea biologică a proteinei este în raport cu compoziția ei în aminoacizi esențiali. Proteinele animale din carne, lapte, brânză, ouă au o valoare biologică mare, întrucât cuprind toți aceşti aminoacizi esențiali. Cercetări recente au arătat că nu numai prezența, dar şi cantitatea şi raportul dintre aminoacizii esențiali dau valoarea biologică a alimentului. Proteinele vegetale şi chiar unele proteine animale (gelatina) au valoare biologică mică, întrucât nu cuprind decât o parte din aceşti aminoacizi sau, când sunt cuprinşi toți, raportul existent între ei nu este cel optim.

În ceea ce priveşte grăsimile, poziția lor în alimentație începe să fie cunoscută în ultimele decenii.

În anul 1926 H. M. Evans (1882 - 1971) şi G. O. Burr (n. 1896, biochimist american) au făcut o primă observație asupra simptomelor carenței care rezultă din excluderea lipidelor din alimentație.

În anul 1930 Burr a descoperit că această carență se datorează unor anumiți acizi graşi polinesaturați (esențiali).

Hansen (1944) observă unele tulburări patologice la copiii alimentați insuficient cu acizi graşi esențiali. Astfel, la sugarii hrăniți cu lapte smântânit (foarte sărac în grăsimi şi mai ales în acid linoleic) apare un sindrom caracterizat prin diaree, îngroşarea, uscăciunea şi descuamarea pielii.

Încă din 1933 Anicikov a atras atenția asupra scăderii mortalității la cei ce mâncau mai puțin iaurt, brânză, ouă. Wigand (1959) arată că în Țările Scandinave, în perioada 1939-1945, mortalitatea prin boli vasculare scade, fapt atribuit de el scăderii consumului de grăsimi animale.

Kinsell (1952) observă că uleiurile vegetale duc la scăderea colesterolului plasmatic şi a concentrației fosfolipidelor. Nu toate uleiurile vegetale au însă aceeaşi acțiune.

Bronte-Stewart (1960), Eales, Brock (1959) arată că grăsimile vegetale în stare naturală scad colesterolul, dar când sunt hidrogenate îl măresc.

Edward H. Ahrens (1959) considera că gradul de nesaturare al uleiurilor vegetale este cel care influențează scăderea colesterolului (uleiurile de floarea-soarelui, de porumb, de arahide, bogate în acizi graşi polisaturați, au acțiune hipocolesteromiantă, spre deosebire de uleiul de măsline - bogat în acid oleic, cu o singură dublă legătură - care este inactiv).

Scanned with OKEN Scanner

Terroine atribuie lipidelor bogate în acizi graşi nesaturaţi denumirea de lipide esenţiale, termen sub care sunt cunoscute astăzi.

Studiile epidemiologice ale lui A. B. Keys (1957, 1963) au arătat raportul între incidenţa coronaritei şi procentul caloriilor furnizate de grăsimi. Ţările unde grăsimile aduc mai mult de 20% din calorii sunt cele unde riscul coronaritelor este mai ridicat. Riscul creşte foarte mult în ţările unde grăsimile reprezintă 35-45% din calorii.

Concluziile lucrărilor lui A.Keys şi Ed. Ahrens Jr. (n.1918) sunt că grăsimile animale măresc colesterolemia şi riscul aterosclerozei, în timp ce grăsimile vegetale scad colesterolemia şi previn ateroscleroza. Keys şi Anderson (1965) stabilesc chiar un raport între grăsimile ingerate, destinat să scadă colesterolemia, şi anume formula: 2,7S/1,3P (grăsimile saturate = S; grăsimile nesaturate = P).

J. Rinzler (1968) prescrie oamenilor de vârstă medie, cu tare coronariene, un regim bogat în acizi graşi, polinesaturaţi (şi sărac în grăsimi saturate), precum şi un regim hipocaloric acolo unde este cazul. Studiul întreprins de el a durat din 1957 până în 1967 pe un lot de experienţă de 3 954 de oameni şi un lot de control de 3 122 de oameni. S-a observat o incidenţă mult mai scăzută a coronaritelor în lotul experimental. Stamler (1968) ajunge la concluzii similare pe un lot urmărit tot timp de 10 ani. Leren (1966) reduce dieta de carne şi lapte şi măreşte cantitatea de ulei de soia la 206 oameni cu infarct miocardic; după 5 ani observă că recidivele coronariene sunt mult mai scăzute decât la grupul de control. În 1967, *United States National Diet Heart Study* - S.U.A. a arătat că incidenţa bolilor coronariene apărute prematur este în raport cu creşterea colesterolului seric şi că acesta poate fi scăzut printr-o dietă bogată în lipide polinesaturate (ulei de porumb) şi prin reducerea aportului de colesterol.

Totuşi, unii cercetători ajung la rezultate neconcludente. Daweer (1962) observă că nu există nici o corespondenţă între colesterolul seric redus şi scăderea frecvenţei infarctului miocardic. Morris şi Ball au arătat recent că acizii graşi nesaturaţi nu pot preveni reşuta infarctului miocardic şi nu pot modifica mortalitatea prin ateroscleroză. Dayton ajunge la concluzii analoage. Delbarre a scăzut lipemia cu ajutorul acidului linoleic, dar temporar şi numai pe durata tratamentului.

La acestea se adaugă observaţiile experimentale făcute de Park şi Gyorgy (1965) care arată, la animale hrănite cu acizi graşi polinesaturaţi în cantitate mare, apariţia de hepatoze şi hepatite necrotice.

EdwardAhrens JP. profesor american (n. 1915), descrie în anul 1959 o hipergliceridimie glucidodependentă, clasificată ulterior de Fredrickson în tipul IV şi care s-a dovedit a fi formată în mare parte din trigliceride de origine endogenă. Această formă este foarte eterogenă. Kue şi Ferig au observat, la subiecţi cu ateroscleroză de acest tip, că regimul bogat în zaharoză este agravant. Cercetările lui au fost susţinute de Antar şi Ohlson, care au atribuit zaharozei

Scanned with OKEN Scanner

consumate hipercolesteromia observată pe lotul studiat de el. Ei au fost însă combătuți de alți cercetători ca: Walker, Keys, Rifkin ş.a.

Din trecerea în revistă a acestor date reiese că bazele teoretice ale unei diete pentru prevenirea aterosclerozei sunt destul de fragile. Întrucât nu sunt stabiliți toți parametrii necesari nu se poate autoriza modificarea obiceiurilor alimentare. Se poate însă prescrie reducerea aportului caloric global şi admite un regim normo- sau hipocaloric la obezi, echilibrat însă din punct de vedere al principiilor nutritive. Scăderea lipidelor la 25-30% din aportul caloric global (față de 35-45% cât este astăzi în unele părți ale lumii occidentale şi în unele regiuni ale țării noastre) nu ar dăuna echilibrului fiziologic. În Japonia, conținutul lipidic al rației alimentare este de aproximativ 15% din caloriile dietei şi nu provoacă nici o tulburare nutrițională (McDonald I., *The practitioner*, 1968, 201). Bineînțeles, acest lucru nu poate rămâne valabil acolo unde necesarul caloric este foarte mare (4 000-6 000 calorii) şi unde cantitatea crescută de lipide scade volumul masei alimentare. *Exercițiul fizic s-a dovedit a fi suficient pentru a combate eventualul rol nociv al lipidelor.*

Dacă ne aflăm la sfârşitul deceniului proteinelor şi poate la mijlocul şi spre sfârşitul deceniului grăsimilor, probabil în ceea ce priveşte glucidele ne găsim de abia la început. Oricât ar părea de paradoxal, continuă să existe foarte puține cunoştințe referitoare la soarta diferitelor tipuri de glucide în organism (Breck I., *op. cit. mai sus*). Informațiile obținute în legătură cu metabolismul polizaharidelor, tri- şi dizaharidelor, a hexozelor şi pentozelor au încă o foarte mică aplicație teoretică şi practică. În ultimii ani, cercetări întreprinse în acest domeniu par să aducă unele relații despre resorbția glucidelor, a dizaharidelor, despre metabolismul fructozei etc. Este însă prea devreme pentru a trage o concluzie definitivă din punct de vedere nutrițional.

Rolul fibrelor alimentare în prevenirea bolilor cardiovasculare, prin scăderea resorbției de colesterol, ca şi în prevenirea cancerului, polipilor de colon etc., este o descoperire a anilor 1970-1980.

În ceea ce priveşte vitaminele, timp de câteva decenii utilizarea lor practică în clinici a degenerat deseori în şarlatanie (Breck I., *op. cit.* mai sus). Cercetările din ultimul timp, paralel cu aprofundarea metabolismelor celorlalte principii alimentare, par să arunce o nouă lumină asupra lor şi a suplimentării cu vitamine a unor regimuri inadecvate.

1.2.1.1 Alimentul ca simbol

O dată cu dezvoltarea nutriției şi a cunoştințelor despre principiile nutritive - fapt petrecut mai ales în ultimul secol - apar noi acțiuni, care se adaugă însă la cele cunoscute şi le completează.

Astfel, glucidele, lipidele şi proteinele reprezintă sursa de energie dintr-o dietă (în special primele două). Utilizarea lor corectă este dependentă însă de integritatea sistemelor enzimatice ale organismului. Acestea, la rândul lor, depind de prezenţa vitaminelor, mineralelor, apei etc., în cantitate suficientă. Se impune astfel cunoaşterea interrelaţiilor alimentare în cadrul alimentaţiei raţionale. Interrelaţiile nu se observă numai între membrii unei clase, ci şi între membrii diferitelor clase (Harte).

Proteinele au în primul rând un rol plastic, necalorigen. Utilizarea aminoacizilor din dietă în acest sens depinde de conţinutul caloric al acestei diete şi de proporţia de calorii neproteice faţă de cele proteice. Utilizarea necalorigenă a proteinelor este în raport şi cu calitatea acestora. Există interrelaţii chiar între aminoacizii constituenţi, esenţiali şi neesenţiali; aşa, de exemplu, prezenţa fenilaminei scade nevoia de tirozină, iar prezenţa cisteinei scade nevoia de metionină.

Nu se cunoaşte bine încă limita până la care glucidele, lipidele şi proteinele se pot înlocui reciproc ca surse de calorii.

Interrelaţiile dintre aminoacizi şi vitamine (triptofanul scade nevoia de niacină etc.), dintre vitamine (deficienţa de acid folic este agravată de administrarea de vitamina B_{12}; administrarea de vitamină A scade efectul toxic al vitaminei B în exces; administrarea de vitamină E creşte depozitul hepatic de vitamină A etc.), între diversele minerale care intră în constituţia regimului (cuprul are rol în încorporarea fierului, molibdenul şi cuprul sunt reciproc antagonice etc.) sunt binecunoscute astăzi, ca şi rolul pe care-l au în menţinerea echilibrului nutriţional.

Legătura principală dintre organism şi mediu este efectuată, în primul rând, prin aportul permanent şi echilibrat al substanţelor nutritive.

Concepţia lui Richter (pe baza experienţelor efectuate de el între anii 1933 şi 1948), este că între nevoile nutritive şi natura chimică a hranei ingerate există o astfel de interrelaţie încât este suficientă pentru ca animalele să selecţioneze alimentele cele mai potrivite pentru acoperirea necesităţilor metabolice ale organismului. Organismul are capacitatea de a selecţiona alimentele în strictă dependenţă de necesităţile organismului său, hrana ingerată prin libera alegere fiind la fel de corectă cu cea administrată după legile alimentaţiei raţionale. De fapt, Richter consideră prin această teorie - TEORIA SELFSELECŢIEI - că atât animalul, cât şi omul, mănâncă ceea ce trebuie să mănânce, aşa că preferinţele alimentare sunt adecvate nevoilor organismului şi că prin intervenţii exterioare nu se poate alege o alimentaţie mai potrivită.

Cercetările făcute de Richter pe animale de experienţă în laborator sunt observate în mod obişnuit la multe animale. Astfel, găina, care suferă de lipsă de calciu, caută sursa respectivă ciugulind tencuiala de pe ziduri. Pisicile din

Scanned with OKEN Scanner

casele bogătaşilor, cu hrană dezechilibrată datorită abundenței dulciurilor, rod oasele animalelor mici pe care le vânează spre a suplimenta lipsa de calciu din alimentație. Câinii, atunci când mănâncă iarbă, o fac pentru suplimentarea hranei în vitamine etc.

O parte din populațiile primitive mai păstrează unele reminiscențe ale acestui instinct. Astfel, populațiile din Africa Ecuatorială suferă de lipsa fierului din cauza infecției cu viermi intestinali; ele caută să-şi suplimenteze această lipsă prin ingestia de argilă. Eschimoşii mănâncă oasele fragede ale animalelor şi conținutul stomacal al animalelor vânate, din cauza lipsei de calciu şi vitamine din alimentație.

Teoria SELFSELECȚIEI nu poate fi acceptată însă în condițiile alimentare contemporane. Omul civilizat şi-a pierdut demult capacitatea de a recunoaşte absența specifică a unui element nutritiv. Alimentele rafinate şi suprarafinate, alimentele prefabricate, produsele alimentare concentrate etc., toate datorate unei tehnologii alimentare moderne, pot crea în alimentația omului contemporan dezechilibre pe care acesta nu le sesizează. Preferințele sale alimentare - dulce, sărat, picant, gras etc. - nu sunt legate de o nevoie nutrițională anumită, ci de plăcerea de a mânca acest aliment. Un om mănâncă sărat nu pentru că are o insuficiență corticosuprarenală pe care simte nevoia s-o compenseze, şi mănâncă dulce nu din pricina unor fenomene de hipoglicemie; acestea sunt obiceiuri alimentare datorate gustului sau tradiției.

Trebuie reamintit că omul mănâncă în raport cu un ecran senzorial: pe de o parte, superior şi superficial (vederea, mirosul, gustul), iar pe de altă parte, digestiv şi profund - reflexul de saturare.

Acestea ne fac să ne alegem alimentele; este valoarea simbolică a alimentației. Înainte de a consuma alimentul, se consumă de fapt simbolul lui.

Simbolul alimentar - alimentația în ultimă analiză - este strâns legat de tradițiile şi obiceiurile alimentare ale populației respective, de obiceiurile deprinse din familie, de interdicțiile religioase ş.a. Toate acestea creează anumite preferințe alimentare, adesea dăunătoare şi necorespunzătoare alimentației raționale.

Astfel, sunt unele populații care nu consumă carne datorită interdicției religioase, fapt ce dăunează constituției lor. McCarrison arată că populația Sikh, care locuieşte în India de Nord, este mai înaltă ca talie şi mai robustă datorită consumului de carne şi lapte. În schimb, madraşii populației învecinate, care se hrănesc numai cu vegetale datorită interdicției religioase, au o statură mult mai scundă şi dezvoltarea generală mult mai slabă. Boyd Orr, care a studiat diferite populații din Africa, a remarcat aceeaşi deosebire dintre tipul constituțional al membrilor tribului Kikuyu, o populație a cărei hrană este foarte săracă în proteine animale, şi cea a tribului Masai, vecini teritoriali, care însă sunt crescători de vite şi se hrănesc predominant cu lapte şi carne.

Scanned with OKEN Scanner

Antropologul Niceparo a arătat că dezvoltarea constituțională a copiilor săraci în lumea contemporană este inferioară celei a copiilor bogați de aceeași vârstă.

Tehnologia alimentară, caracteristică civilizației moderne, favorizează unele boli de la cariile dentare și probleme de ortodonție, până la o morbiditate crescută prin coronarite, ulcer, diabet zaharat, obezitate, dislipemii etc. Otrăvirea cronică, datorată aditivilor din alimentația industrială, dăunează, de asemenea, sănătății.

Toate acestea contravin aplicării teoriei SELFSELECȚIEI la omul civilizației contemporane, autorul acesteia fiind Richter.

1.2.2 Evoluția cunoștințelor despre aliment și alimentație

Se poate spune că, în cei circa un milion de ani de existență, ființa umană a trecut prin trei mari revoluții alimentare, cu consecințe asupra homeostazei sale nutriționale.

Până acum circa 10 000 de ani, deci pe o perioadă de sute de mii de ani, omul a trăit din vânătoare și fructe, așadar cu alimentație predominant carnată. Merită a fi menționat faptul că antropologii nu au putut găsi, în resturile paleontologice ale grupurilor primitive de oameni, semne de insuficiență alimentară. Scheletele oamenilor din societățile mai avansate poartă însă pecetea insuficiențelor de ordin alimentar, semne biologice ale foamei.

Începând de circa 10 000 de ani, omul a descoperit cerealele, agricultura, domesticirea și creșterea vitelor, introducând în alimentația sa glucidele provenite din cereale. O dată cu aceasta începe și diferențierea pe clase și apare insuficiența alimentară la sclavi și săraci.

În secolul al XIX-lea se introduc în alimentația omului produse rafinate, semirafinate, concentrate, industriale: zahărul, produsele zaharoase, concentrate alimentare, paste făinoase suprarafinate etc.

Omul primitiv avea la dispoziție un mai mare număr de plante și animale decât omul civilizat. Spre exemplu, o populație primitivă de pe Coasta de Azur include în hrana sa, chiar și în ziua de astăzi, 114 specii de fructe, 46 de specii de semințe leguminoase și 47 de specii de legume.

Omul civilizat și-a limitat hrana la un număr redus de produse.

Limitându-și hrana, omul civilizat și-a mărit și posibilitatea unor lipsuri cronice de elemente nutritive esențiale. S-a ajuns la o alimentație monotonă, generatoare de lipsuri (Josué de Castro).

Acesta este un prim aspect.

Un al doilea aspect este dat de supraalimentație și de folosirea abuzivă a produselor concentrate, rafinate etc., care, împreună cu sedentarismul și stresul

Scanned with OKEN Scanner

vieții moderne, au contribuit la apariția unor boli grave ca: ateroscleroza, dislipidemiile, diabetul, hiperuricemiile, obezitatea etc.

Un al treilea aspect de care trebuie să se țină seama și astăzi, opus celui discutat anterior, este subalimentația.

Deși știința și tehnica sunt în continuu progres, aproape 2/3 din populația lumii continuă să flămânzească. Foametea totală cuprinde peste 15%, iar foametea ascunsă cuprinde - după datele O.M.S., F.A.O. ș.a. - peste 50% din populația globului . Prin foamete „ascunsă" se înțelege absența unuia sau altuia din principiile alimentare: consum insuficient de proteine, grăsimi, săruri minerale, vitamine etc..

În *Geografia foamei*, Josué de Castro arată: „*alimente cum sunt carnea, laptele, ouăle sunt o raritate pe masa țăranului din America Latină. În Jamaica, copiii sunt înțărcați la trei luni și hrăniți cu ceai și terci de mălai, amestecat cu orez sau cartofi. În India mor anual milioane de oameni din pricina foametei și epidemiilor*". În Uniunea Sud Africană, 84% dintre copiii de negri primeau hrană o dată pe zi, și aceasta inconsistentă. Monocultura și tarifele vamale crescute făceau din Puerto Rico un teritoriu a cărei populație suferă de foamete cronică.

În Noua Guinee, 8 din 10 copii mor de foame cronică înainte de a ajunge la pubertate.

Foamea este irațională. Ea există pe o arie atât de întinsă pe glob tocmai pentru că nu sunt mobilizate toate resursele împotriva stăpânirii ei.

Faptul că omenirea, care în prezent numără peste 6 miliarde de oameni, va ajunge peste 100 de ani la circa 45 miliarde de oameni, cum spune Clark, nu periclitează cu nimic posibilitățile de alimentație, chiar dacă știința nu ar mai face nici un progres în afară de cele cunoscute în prezent.

Asistăm deja la dezvoltarea posibilităților științifice în materie de hrană.

Oceanele reprezintă 98% din totalitatea apei globului. Ele sunt ogoare de apă care ascund bogății alimentare deosebite. În afară de miile de specii animale, ele cuprind și organisme microscopice vegetale și animale - planctonul. Din acest plancton se fabrică actualmente o pastă alimentară foarte bună la gust, bogată în proteine; numai în Thailanda se consumă peste 5 000 tone anual.

Sursele de proteine - problema cel mai greu de rezolvat - , pot fi asigurate și de culturile de alge monocelulare, în bazine de lemn, mlaștini, bălți secate. Algele sunt foarte bogate în proteine și grăsimi. Se pot recolta 45-50 tone la hectar.

Experiențele făcute mai ales în Franța, arată că levurile din petrol pot constitui o bogată sursă de proteine.

În America Centrală se folosește, încă din 1959, un amestec de porumb, grăunțe de bumbac, drojdie de bere, numit „Incaparina". Prin amestecarea cu

apă, zahăr, scorţişoară şi vanilie se obţine un aliment cu gust agreabil şi cu valoarea nutritivă a laptelui, la un preţ foarte scăzut.

Din mugurii şi frunzele verzi ale unui mare număr de plante, recoltate înainte de coacere şi prelucrate industrial, se extrage un suc care, încălzit la 80°, se coagulează (datorită proteinelor componente). Produsul final este o masă verde-închis, de consistenţa drojdiei de bere, care poate fi încorporată în aluaturi având o mare valoare nutritivă.

Făina peştilor de calitate inferioară, degresată, dezodorizată, se poate livra ca o pudră folosibilă în alimentaţie, foarte bogată în proteine. Toate acestea reprezintă începuturi.

Chimia macromoleculelor, a polimerilor, descoperirea procesului de polimerizare stereospecifică ce permite asocierea unui mare număr de polimeri, procesele de sinteză stereoselectivă, vor permite sinteza aminoacizilor în laborator şi, ulterior, a proteinelor. Se va putea obţine astfel materie organică din materie anorganică. Din carbon, azot, oxigen, sulf, hidrogen ş.a. se vor obţine glucide, proteine, grăsimi.

1.2.3 Dietoterapia

Dietoterapia urmăreşte îndeaproape cuceririle ştiinţifice ale secolelor XIX şi XX, precum şi cunoştinţele de nutriţie ale vremii. Se caută să se aplice unele măsuri alimentare de corecţie, axate pe „cruţarea" organului bolnav. Se caută bazele fiziologice şi fiziopatologice ale indicaţiilor dietetice. De multe ori însă, răspunsul la intervenţiile făcute nu a fost cel aşteptat. Se intervine adesea prea mult asupra echilibrului alimentar, cu scopul de a scuti organismul de un efect nociv. Ceea ce este însă caracteristic în dietoterapia unei boli, în această epocă, este aceea că totdeauna, sau aproape totdeauna, prescripţia este concepţia unor cercetări şi explicaţii ştiinţifice.

Astfel, Von Eck (1877) observă că prin excluderea experimentală a ficatului din circulaţie (crearea şuntului portocav) apar, la animalul operat, tulburări neurologice grave, care duc în câteva săptămâni la decesul acestuia în comă profundă. Pavlov (1893), hrănind fără carne cu şunt portocav experimental, obţine o topire musculară şi moartea rapidă a animalului. Animalele hrănite cu carne au rezistat mai mult, dar au început să prezinte rigiditate în mers, precum şi alte tulburări. Aceste observaţii l-au făcut pe Pavlov (1895) să incrimineze deşeurile alimentare ca factor cauzal al celor observate. De abia în 1956, Sheila Sherlock demonstrează că este vorba de intoxicaţia amoniacală. Din acest moment, coma hepatică îşi găseşte explicaţia fiziopatologică, iar regimul, baza ştiinţifică căutată.

Tot la sfârşitul secolului trecut, datele experimentale arătaseră că degenerescenţa grasă a ficatului avea o gravitate invers proporţională cu bogăţia

Scanned with OKEN Scanner

organului în glicogen. Animalele cu leziuni toxice celulare hepatice rezistau mai mult dacă erau supuse unui regim hiperglucidic. De asemenea, câinii cu fistulă Eck supuşi la un regim format exclusiv din glucide, supravieţuiau un timp mai îndelungat decât lotul martor.

La sfârşitul secolului al XIX-lea, regimul în ciroza hepatică era un regim de restricţie globală, care grăbea moartea bolnavului.

Observaţiile experimentale menţionate l-au făcut pe Umber să preconizeze, la începutul secolului al XX-lea, regimul hiperglucidic - regim de protecţie hepatică - în cirozele hepatice. Acest regim s-a menţinut pe toată perioada dintre cele două războaie mondiale. Nu s-au observat însă ameliorări notabile în urma unui astfel de regim. Tot la sfârşitul secolului trecut, Widal şi, ulterior, Archard (1903) au recomandat cu succes regimul desodat în cirozele decompensate, regim care rămâne valabil şi astăzi, bineînţeles cu corecţiile necesare.

Observaţiile experimentale ale lui Best, care demonstrează pe câine că regimul bogat în lipide sau în glucide şi sărac în proteine provoacă steatoza hepatică şi apoi ciroza hepatică, constatările lui Gillman asupra numărului mare de ciroze din Africa de Sud - consecinţă directă a subalimentaţiei proteice - duc la ideea regimului hiperproteic în bolile de ficat. Astfel, Patek şi Post (1941) propun în cirozele hepatice un regim format din 200-300 g proteine, 300 g glucide şi 50 g lipide. Un astfel de regim corespunde, de fapt, la circa 1 000 g carne, depăşind cu mult cantitatea de grăsime prescrisă (regimul clasic al lui Patek ajunge în realitate până la 175 g grăsimi).

Regimul hipercaloric a fost preconizat de ango-saxoni, nu numai în hepatitele cronice şi cirozele hepatice, dar chiar şi în hepatitele acute virale. Patek a comparat efectele regimului hiperproteic cu cele ale regimului carenţat în proteine şi hipocaloric, care duce la ciroză. La cirotici a găsit o balanţă azotată negativă. Regimul propus de el ar scădea mortalitatea la cirotici. De fapt, Patek compara statistic dietetica cirozelor din anul 1927, când nu existau nici antibiotice, nici transfuzii, nici alte procedee de tratament, cu cea a anilor de după cel de-al doilea război mondial, când întreaga situaţie terapeutică s-a schimbat. Criticile n-au încetat să apară.

În hepatitele acute virale, Popper (1948) obţine vindecarea prin repaus la pat şi un regim carenţat în proteine. Darmady (1945) nu observă nici o deosebire în evoluţia acestor boli, în funcţie de regim - normal sau hiperproteic.

Chalmers (1955), pe 460 de cazuri de hepatite virotice acute îngrijite în timpul Războiului din Coreea, observă că regimul hiperproteic nu are nici o acţiune deosebită, nici în prevenirea recăderilor şi nici în prevenirea cirozelor. Constatări similare sunt făcute de Higgins (1945), Popper (1948) şi Chalmers (1955) şi în ceea ce priveşte acţiunea factorilor lipotropi.

Scanned with OKEN Scanner

Nici evoluția cirozelor hepatice nu pare să fie influențată de regimul hiperproteic. Eckhardt (1950) nu observă nici o agravare a evoluției cirozei sub influența unui regim total carențat în proteine. La cirotici aflați între 2 luni și 2 ani cu regim hipoproteic, Sherlock observă că evoluția este similară cu a unui lot martor menținut pe regim hiperproteic. De altfel, s-a stabilit că bilanțul azotat se pozitivizează la cirotici numai cu 30-50 g proteine. Phillips (1952), după 12 zile de un astfel regim, observă apariția stărilor confuzionale la cirotici; Gustad observă instalarea comei după ingestia a 250 g lapte praf; Cachera citează cazuri asemănătoare; Sterne-Liscia observă că la musulmanii bine hrăniți regimul hipoproteic nu este terapeutic. De altfel, Benhamou (1957,1960) arată că hiperprotidemia (uneori existentă) și sinteza de proteine, totdeauna anormală la cirotici (excesivă pentru globuline și mult diminuată pentru albumine) nu sunt modificate de un regim hiperproteic.

Astfel de observații îl fac pe Mindrum și Schiff să propună pentru tratamentul cirozelor, încă din 1955, un regim bogat în lipide. Regimul lor - 100 g proteine, 320 g glucide, 300 g lipide - ar fi perfect suportat de cirotici, ar duce la ameliorarea clinică, la corecția anomaliilor biologice și chiar la dispariția steatozei. Grăsimile alimentare permit pregătirea unei hrane mai apetisante.

Observațiile clinice recente au arătat că o rație lipidică de 1-1,5 g/Kilocorp este suficientă și chiar bine suportată de cirotici; că un regim echilibrat, nuanțat după stadiul de evoluție al bolii (Vetter, 1969; Neefe, 1966; Markof, 1962), cu tendință hipercalorică (Neefe) este indicat în hepatitele acute. De asemenea, autori ca Vetter (1969), Heupke (1968), Kasper (1970), Thaler (1970), Verdonk (1962) ș.a. ajung la concluzia că în hepatitele cronice și cirozele hepatice compensate regimul trebuie să aducă în jur de 3 000 de calorii, să fie echilibrat în factori nutritivi și nuanțat în raport cu evoluția bolii. În prezent, regimul se menține același (Buligesen, 1999).

Un alt exemplu edificator asupra diverselor stadii prin care trece un regim alimentar, în funcție de cunoștințele existente, îl constituie regimul prescris în bolile de stomac, în special în ulcerul gastro-duodenal.

Astfel, unul dintre primele regimuri propuse în ulcer a fost cel al lui Leubi, care la sfârșitul secolului al XIX-lea prescrie menajarea mecanică a stomacului, printr-un regim de semiînfometare. Au urmat, rând pe rând, regimurile lui Lenhartz (1904), al lui Coleman, al lui Kalk, al lui Senator ș.a. - toate așa-zise regimuri de cruțare, dar care supuneau organismul la o semiînfometare și accentuau contracțiile de foame ale stomacului. (Regimul lui Slippy, care se mai folosește și astăzi în unele țări anglo-saxone, are o bază legată de patogenia ulcerului: alcalinizarea ca mijloc terapeutic). Toate acestea l-au făcut pe Gutmann

Scanned with OKEN Scanner

să considere că „regimul prescris azi pentru vindecarea ulcerului este același cu cel prescris experimental la cobai ca să facă ulcer". Empirismul și-a pus amprenta pe toate așa-zisele prescripții diabetice, până de curând.

De abia în ultimii ani s-a ajuns la un punct de vedere științific în ceea ce privește atitudinea dietetică în tratamentul ulcerului și al altor boli de stomac.

Oscilații și, uneori, mari greșeli, datorate necunoașterii metabolismului intermediar, s-au întâlnit în dietetica multor boli. Pentru exemplificare, amintim regimul total restrictiv pentru cei bolnavi de diabet (regimul lui Allen), sau regimul lui Bouchardt , regim bogat în proteine și lipide, sau (ceea ce este și mai grav) regimul lui Fonconi, regim bogat în lipide, legume și fructe, fiind prescris pentru aceeași boală. În obezitate s-a indicat nu de mult: „mănâncă gras și ai să slăbești"; originea acestei teorii înșelătoare o constituie unele cercetări ale lui Kekwich și Pawan, cercetări efectuate în anul 1956. Acest regim a fost criticat, pe larg, într-un articol editorial din „Lancet" (nr.1281/1960), iar cercetările lui Olesen și Quasde (1960) au dovedit că este dăunător.

Canzler (1972) consideră că dietoterapia are astăzi profunde baze științifice, care o fac să devină un factor de intervenție biochimică cu rol de compensare a unor deficiențe apărute în schimburile metabolice. Regimul devine astfel, nu un regim pentru un organ oarecare, ci un regim de corecție adresat întregului organism; păstrând echilibrul general al factorilor de nutriție, el nu face decât să corecteze tarele câștigate sau moștenite (I.Mincu,1997; B.Waysfeld, 1999).

Corectarea alimentară a acestor tare necesită cunoașterea profundă a tuturor interrelațiilor metabolice, fiindcă astfel se poate influența direct producerea unor enzime și deci se pot schimba macazuri în căile metabolice.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Antar M., Ohlson M., *J.Nutr.*, 1965, 86, 329

Bagdage I., *The medical clinics of North America*, 1970, 54, 6, 1383.

Brock I., *Progrese recente în nutriția umană*, Ed. Churchill, Londra, 1964.

Bronte-Steward B., Keys A., „Lancet", 1955, II, 1103.

Brown H., Page I., „Circulation", 1961, 24, 1085.

Canzler H., *Med. Klinik*, 1972, 62, 12, 418.

Castro J., *Geografia foamei*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1955.

Dawber T., *Proc.Roy.Soc.Med.*, 1962, 55, 255.

Dayton S., „Lancet", 1968, II, 1060.

Dobrovici A., *Origines de la biologie. Hipocrate*, Ed. Cartea Românească, Bucureşti, 1930.

Drimba O., *Istoria culturii şi civilizaţiei*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1985, 1987, 1990.

Drimba O., *Istoria culturii şi civilizaţiei*, Ed. Saeculum & Vestala, Bucureşti, 1998.

Gonţea I. *Alimentaţia raţională a omului*, Ed. Pedagogică, Bucureşti, 1971.

Gyogy P., Golblatt, *Nutritio et dieta*, 1960, fasc.I, 321.

Jaillard I., Sezille G., *Rev. Prat.*, 1972, 22, 6, 823.

Jean Marie Baurre, *Les stereotipies alimentaire*, Ed. Excelsior Publications, Paris, 1999.

Keys A., *J.Chron.Dis.*, 1966, 4, 364.

Keys A.,Anderson J., Grande F., *Metabolism*, 1965, 14, 759.

Kinsell W., Mihaels G., *Diabetes*, 1969, 10, 316.

Leren P., *Acta med. Scand. Supll.*, 1966, 406.

Scanned with OKEN Scanner

Mc Donald I., *The practitioner*, 1968, 201, 1202
Mincu I. şi colab., *Tratat boli de metabolism şi nutriție*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1986.
Mincu I., *Boli de metabolism şi nutriție*, Ed. Pedagogică, Bucureşti, 1969.
Mincu I., *Alimentația rațională a omului sănătos*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1977.
Mincu I., *Elemente de alimentație*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987.
Mincu I., *Impactul om-alimentație,* Ed. Coresi, Bucureşti, 1993.
Mincu I., *Ce trebuie să ştim despre diabetul zaharat*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1991.
Mincu I., Elena Marinescu, *Alimentația rațională şi sănătatea*, Ed. Sport-Turism, Bucureşti, 1984.
Mincu I., Mogoş V., *Bazele practice ale nutriției omului bolnav,* Ed. Coresi, Bucureşti, 1997.
Mincu I., Segal M., *Orientări actuale în nutriție*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
Parker F., *J.Clin.Invest.*, 1970, 49, 1017.
Patek A., Kendall E., *Arch.Pathol.*, 1965, 5, 97, 494
Pavel I., *„Munca"*, Bucureşti, 7.V.1968.
Ratsimamanga R., *Nutritional problems in developing countries in nutrition*, Excerpta medica, 1970, Amsterdam, 77.
Rifkind M., Lawson D., „Lancet", 1966, II, 7478, 1379.
Trémolières J., Mosse A., Delbes L., *Dietetique therapeutique*, Ed. G. Doin, Paris, 1958.
Turpeinen O., *Amer.J.Clin.Nutr.*, 1968, 21, 891.
Walker A., *J.Ather.Res.*, 1971, 14, 137.
Walker S., *Diseases Nutr.*, 1958, 33, 2, 220.

Scanned with OKEN Scanner

„A ști înseamnă a cunoaște cauza lucrurilor"
Aristotel

CAPITOLUL II

CONCEPȚIILE ȘTIINȚIFICE ACTUALE ASUPRA IMPACTULUI OM-ALIMENTAȚIE

2.1.Considerații fiziologice

2.1.1.Obiectivele alimentației

Alimentația trebuie astfel concepută încât să îndeplinească următoarele trei condiții:

1. Alimentația trebuie să asigure o creştere şi o dezvoltare corespunzătoare. În acest sens, o importanță deosebită o are alimentația în primii ani ai vieții. Pentru organele care nu se regenerează creşterea urmează trei stadii:

a) stadiul inițial de multiplicare celulară (hiperplazia);

b) stadiul asocierii hiperplaziei cu mărirea de volum a celulelor (hipertrofie);

c) stadiul în care creşterea se face exclusiv pe seama hipertrofiei.

O alimentație insuficientă în primii ani ai vieții înseamnă o dezvoltare fizică necorespunzătoare. Aceasta explică de ce generația actuală (hrănită mai bine) prezintă un spor de înălțime şi greutate față de generațiile anterioare. Deşi este îndoielnic beneficiul unei dezvoltări fizice maxime (adeseori inestetice), idealul de frumusețe presupune anumiți parametri fizici, de obicei peste media atinsă în prezent.

O alimentație excesivă în primii ani ai vieții pot determina, printre altele, o multiplicare exagerată a celulelor adipoase, realizând obezitatea la copil sau germenele obezității adultului.

2. Să asigure o activitate fizică şi intelectuală normală. Evident, o alimentație insuficientă scade randamentul fizic şi, într-o oarecare măsură, şi pe cel intelectual.

3. Să asigure o stare de sănătate bună. Trebuie avute în vedere nu numai consecințele dezechilibrelor nutriționale majore (obezitatea, dislipemiile, denutriția, avitaminozele etc.) dar şi ale celor minore (avitaminoze fruste, colonul iritabil, diverticuloza intestinală etc.), deseori trecute cu vederea sau privite ca fără o relație certă cu modul de alimentație. (I.Mincu, A. Popescu, C.Ionescu ş.a., *Elemente de biochimie şi fiziologie a nutriției*, Bucureşti, Ed. Medicală, 1985).

Scanned with OKEN Scanner

2.1.2. Aportul optim alimentar fiziologic

Noțiunea de aport alimentar fiziologic este relativă. Dacă se compară recomandările făcute de comisiile de nutriție din diferite țări, se poate observa existența unor diferențe importante, atât în ceea ce privește aportul caloric global, cât și aportul diferitelor principii nutritive luate individual. Evident, tradiția alimentară a unei populații, sedimentată în raport cu condițiile de mediu (climă, relief) și de viață (grad de activitate fizică), poate să explice unele diferențe în necesarul de principii nutritive, care totuși nu poate varia foarte mult de la o populație la alta.

Un lucru care trebuie subliniat este acela că, în anumite limite, o stare de nutriție similară poate fi asigurată prin diete prezentând diferențe marcate între ele, în special în ceea ce privește „calitatea" alimentelor folosite. De altfel, nu ne putem imagina compoziția unei *diete ideale*, care să poată corespunde tuturor indivizilor. Probabil că aceasta nici nu există. Fiecare individ are o structură morfofuncțională specifică, un temperament caracteristic, o anumită dinamică fizică care, fără îndoială, reclamă unele particularități de regim alimentar, care în mod obișnuit nu sunt luate în considerație.

Mii de ani, alimentația omului a fost dictată de instinct și de disponibilitatea de produse alimentare. Principala activitate a omului primitiv era aceea a procurării hranei. Ea era astfel canalizată pentru a satisface senzația de foame cu un aliment cât mai plăcut la gust.

În epoca modernă, situația s-a schimbat. Disponibilitatea de alimente este corespunzătoare, iar în unele țări excesivă. Mai puțin de jumătate din aportul de alimente este reprezentat de produsele naturale, neprelucrate (fructe, legume, cereale, carne, lapte, ouă). Cele mai multe alimente sunt „prelucrate" industrial (derivate din lapte, derivatele din carne, derivatele rezultate din prelucrarea cerealelor, conservarea legumelor și fructelor, zahărul și produsele zaharoase etc.). Compoziția acestora din urmă este diferită sau foarte diferită de produsul de la care s-a pornit. Alimentele disponibile în prezent au fost realizate „științific", urmărindu-se anumiți parametri nutriționali și organoleptici, vizând în primul rând asigurarea unor calități care să promoveze un consum cât mai mare. În aceste condiții, evident, iar alimentația trebuie să fie bazată pe criterii „științifice" la fel de precise, iar respectarea lor este susceptibilă de apariția unor tulburări nutriționale, fie prin deficit, fie prin exces.

Scanned with OKEN Scanner

2.1.3. Grupe de alimente

Organismele vii sunt sisteme deschise a căror activitate este dependentă de schimbul de substanțe cu mediul din jur. „Substanțele" care intră în sistem fac parte din grupele de alimente incluse în tabelul 1.

Biologia ființelor vii este adaptată unui aport bine definit de substanțe alimentare, aport care trebuie să asigure organismului o serie de principii nutritive (tabel 1).

Tabel 1

Grupe de alimente

1. Carnea, peștele și derivatele lor
2. Laptele și derivatele lui
3. Ouăle
4. Grăsimile alimentare (de origine animală și vegetală)
5. Cerealele și derivatele
6. Legume-leguminoase
7. Fructele
8. Zahărul și produsele zaharoase
9. Condimentele
10. Băuturile nealcoolice

Produsele de origine animală pe bază de lapte, carne, pește, ouă vor acoperi 22-25% din totalul de calorii și 48-53% din totalul proteinelor.

Legumele, leguminoasele uscate, cartofii și fructele vor deține o pondere de 15-17 % din totalul caloriilor și 12-14% din totalul proteinelor.

Produsele din cereale vor participa în proporție de 34-42% din totalul caloriilor și 32-39% din totalul proteinelor.

Alte produse (ulei, untură, unt, margarină, zahăr) vor asigura 21-24% din necesarul de calorii și 7% din totalul proteinelor.

Se poate stabili un procent și mai precis, care, cunoscut de bolnavi dar mai precis de specialiști, este de o deosebită importanță:

Tabel 2

Grupe alimentare și aportul lor procentual în alimentație

35%	Cereale și derivate
18%	Grăsimi
17%	Legume și fructe

Scanned with OKEN Scanner

12%	Lapte şi derivate
8%	Carne şi derivate
8%	Zahăr şi derivate
2%	Ouă

2.1.4. Conținutul alimentelor

a) Conținutul alimentelor este extrem de diferit, atât în ceea ce priveşte principiile nutritive, cât şi valoarea calorică. O sută de grame dintr-un aliment „natural " conține în medie sub 350 Kcal, fiind mai mare în cazul produselor animale (carne, între 120 Kcal şi 390 Kcal, peşte, între 100 şi 300 Kcal, ou - 170 Kcal, lapte - 70 Kcal etc.) şi mai mic în cazul produselor vegetale (fructe 30-100 Kcal, legume 20-80 Kcal etc.).

Produsele rafinate se caracterizează printr-un conținut foarte bogat în calorii. Astfel, la 100 g, zahărul aduce 410 Kcal, bomboanele 300-500 Kcal, ciocolata 500-600 Kcal, pâinea 250-300 Kcal, margarina 786 Kcal, untul 806 Kcal, uleiul de soia 926 etc.

Dacă ne referim la echivalentul caloric al unor alimente, 20 g de zahăr furnizează tot atâta energie (82 Kcal) cât 100 g de cartofi sau 250 g de varză albă.

Una din consecințele consumului exagerat de produse rafinate, cu densitate calorică mare, este inducerea în eroare a mecanismelor de control al aportului energetic, care de-a lungul mileniilor au fost „programate" pe baza unei anumite valori a raportului volum/calorii al alimentelor, şi care în prezent nu mai corespund situației inițiale.

Se pare că unul din factorii principali ce explică frecvența mare a obezității în epoca modernă este tocmai modificarea raportului volum/calorii existent în alimentele consumate în mari cantități. Anchetele alimentare efectuate de noi pe un număr mare de obezi demonstrează că, într-adevăr, una din principalele caracteristici ale alimentației acestor bolnavi este volumul mic al alimentelor cu densitate calorică mare, care, pe lângă neajunsul că nu induc starea de saţietate, declanşează un apetit exagerat; acest apetit se datorează reacției hipoglicemice provocate de hipersecreția de insulină, produsă ca urmare a stimulării brutale a aparatului pancreato-secretor după absorbția rapidă în intestin a glucidelor rafinate (zahăr şi produse zaharoase, produse de patiserie), în prezența hiperinsulismului pe care-l induce; el va dirija fluxul acestor alimente nutritive energetice, fie către depozitarea în țesutul adipos, sub formă de grăsime (determină obezitatea), fie către sinteza hepatică crescută de colesterol şi trigliceride (determină dislipidemiile).

Scanned with OKEN Scanner

b) Din practică știm că produsele vegetale sunt mai ieftine decât produsele animale, această diferență rezultând în final din „costul lor energetic". Pentru a produce un gram de proteină din carne este nevoie de 5 g de proteine din cereale. Pentru producerea unei unități de proteină animală se consumă de zece ori mai multă energie decât pentru producerea unei unități de proteină. Însă în cadrul produselor animale cu valoare biologică mare, 1 g proteină din lapte necesită un consum de 36 Kcal, iar 1 g proteină din ou 13 Kcal față de 78 Kcal necesare pentru 1 g proteină din carne.

Costul mai mic al proteinelor de origine vegetală este explicat de înmagazinarea în acestea a energiei solare, evident necostisitoare. Într-un sezon de creștere, energia luminoasă folosită de un hectar de grâu este de 5miliarde Kcal (echivalentul a 500 000 l benzină). Grânele captează 1,26% din energia luminoasă ajunsă la ele. Se apreciază că din întreaga energie necesară creșterii grâului, 90% este de origine solară și numai 10% provine din carburanții consumați pentru punerea în acțiune a mașinilor agricole.

Consumul excesiv de carne este privit în prezent ca unul din factorii alimentari negativi operanți la populațiile cu standard de viață ridicat. Un aport crescut de proteine animale prezintă o serie de dezavantaje dintre care menționăm: creșterea paralelă a consumului de grăsimi animale, bogate în colesterol și acizi grași saturați (ambele cu potențial aterogenetic); creșterea producției endogene de acid uric, cu pericolul inducerii hiperuricemiei a cărei principale manifestări sunt guta și litiaza urică; scăderea ponderii alimentare a produselor tradiționale (cereale și derivate, legume și fructe) a căror valoare nutrițională este legată de variatele principii nutritive pe care le conțin. Acestea sunt principalele motive de optimizare a alimentației populației în țările industrializate, care cuprind, printre altele, scăderea consumului de proteine și lipide animale.

2.1.5. Echilibrul rației alimentare

Una dintre dificultățile majore ale nutriției moderne este aceea a stabilirii normelor alimentației raționale. Dacă se compară recomandările făcute de diferite organisme internaționale privind aportul de principii nutritive, se constată uneori diferențe importante. Încercările de a găsi o dietă care să fie fiziologică pentru toți indivizii unei colectivități nu vor fi probabil niciodată încununate de succes. Motivul fundamental constă în diferențele interindividuale, privind necesarul unuia sau altuia dintre principiile nutritive. Se apreciază, de exemplu, că un aport de proteine de 1 g/Kilocorp/zi, este o cantitate suficientă pentru acoperirea nevoilor unui individ adult. Histograma nevoilor unei populații însă indică existența unui procent din

Scanned with OKEN Scanner

populația la care 0,7 g/Kilocorp este o cantitate suficientă, în timp ce la alții, aceasta este de 1,3 g/ Kilocorp. În prezent se consideră că 1 g proteină/kg corp, din care 1/ 2 de origine animală și 1/2 de origine vegetală, este suficient pentru echilibrul metabolic al adultului. La copii, se consideră că este optimă o cantitate de 1,5 g proteine/ kg corp, din care circa 2/3 sunt de origine animală. Spre deosebire de ce se considera anterior, cantitatea de proteine nu va fi scăzută la vârstnici, fiind valabilă cantitatea de proteine pentru adultul cu vârsta între 25 și 60 de ani.

Glucidele reprezintă un grup organic lung și este format din H, O, C, în proporție de 2: 1: 1 (sunt numiți HC după formula lor generală $C(H_2O)$. Glucidele se pot împărți, din punct de vedere alimentar, în:

a) *glucide asimilabile*
b) *glucide neasimilabile.*

Glucidele asimilabile fac parte din trei familii:

a) *monozaharide*
b) *dizaharide*
c) *complexe.*

Din grupul monozaharidelor menționăm: *glucoza, fructoza și galactoza.* Din grupul dizaharidelor amintim *maltoza* (asociere a două molecule de glucoză), *lactoza* (combinarea glucozei și a galactozei) și *zaharoza* (asocierea unei molecule de glucoză cu una de fructoză).

Glucidele complexe sunt cele asimilabile: (amidon = glucide vegetale) și glicogenul (glucide animale). Aceste forme sunt lanțuri mari de molecule de glucoză; glucidele neasimilabile (fibrele vegetale) sunt polizaharide cu compoziție și organizare variabilă.

Din structura acestei grupe distingem: *glucide fermentescibile* (pectina din măr) *și glucide nefermentescibile* (celulozele).

Glucidele, care variază în alimentația normală între 55 și 60%, sunt indicate, în majoritatea lor, cele complexe (din cereale, legume și fructe). În lumea contemporană a crescut aportul nerecomandabil de zahăr și produse zaharoase, ajungând de la 8 la 15 % și chiar mai mult.

În ceea ce privește aportul de *lipide* indicat, care ar trebui să fie cuprins între 25 și maximum 35%, acesta este foarte frecvent depășit. Studii recente efectuate în Franța pe 13 000 de locuitori, timp de peste 8 ani de zile, au arătat că 42% din aportul energetic este asigurat de acizii grași, iar rația zilnică de colesterol este de 420 mg.

Viața fără lipide nu este posibilă; se cunoaște astăzi din ce trebuie compusă această grupă alimentară, și anume, din: acizi grași saturați și acizi grași nesaturați, în proporție de 45%. Acizii grași nesaturați sunt indispensabili, esențiali și, în raport de valoarea lor, putem să-i clasificăm în trei categorii:

Scanned with OKEN Scanner

a) *acidul linoleic*, care nu poate fi sintetizat în organism, este necesar în structura membranei celulare; se găseşte în uleiul de rapiță, uleiul de nuci, uleiul de soia, germeni de porumb etc.

b) *acidul linolenic* este şi el indispensabil şi este prezent în uleiul de nuci, porumb, soia, arahide, floarea soarelui etc.

c) *acidul oleic* (din categoria acizilor mononesaturați), găsit predominant în uleiul de măsline, care este medical neutru.

Raportul lipidic privit global cuprinde:

- *acizi graşi saturați* (recomandabil 25% din structura lipidelor);
- *acizi graşi mononesaturați* (50% din structura lipidelor);
- *acizi graşi polinesaturați* (25% din structura lipidelor) (S. Herchberge, „Science et vie", nr.208, 1999; Michel de Lorgeril şi col., „Circulation", 99, 1999, p.779).

2.1.6. Evoluția psihică a omului în problema alimentației

Nu trebuie uitat, aşa cum spunea Gilles Deleuze, că noi suntem nu numai o maşină termodinamică, dar şi o maşină care simte, are plăceri, doreşte satisfacerea acestora.

A dori şi a plăcea face parte din universul nostru alimentar. În lumea fiziologiei, *plăcut şi în serviciul utilului*, sunt factorii care concură la homeostazia energetică precum şi a plăcerii.

Totuşi, plăcerea de a mânca devine adesea un pericol ce duce la tulburări de comportament alimentar, scurtcircuitând secvența alimentară normală (necesitate → obicei (alimentar) → plăcere).

Alimentul, cum o spune şi Antoine de Saint-Exupery, *„se găseşte azi în toate magazinele, dar material, magazinele nu sunt prietenii noştri, omul nu are aici mulți prieteni"*.

Aici se găsesc alimente glucido-lipidice, cu grad înalt de palatabilitate, care prin consum imediat, datorită plăcerii, scurtcircuitează necesitățile organismului. A mânca este o plăcere: prin actul mâncării în care nu există semnificații simbolice, acestea se întind de la normal la patologic.

De la simpla plăcere zilnică, treptat, se merge pe drumul spre moarte. Alimentele însele au conotații socio-culturale: laptele simbolizează puritatea, carnea roşie - dorința şi agresivitatea, zaharurile simbolizează copilăria sau vârstele înaintate, însemnând o formă de regresiune refuzată adesea de lumea adulților.

Alegerea alimentului este marcată de personalitatea noastră. Vegetarienii câştigă din ce în ce mai mulți adepți. Pentru vegetarieni, a consuma carne echivalează cu a fi canibal.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburările de comportament alimentar ca bulimia, anorexia etc. au adesea semnificații simbolice, mai ales în impulsul sexual sau agresiv nesatisfăcut, se înlocuieşte vidul afectiv cu surplusul alimentar „Omul nu mănâncă ce-i place, lui îi place să mănânce" (Trémolières).

O bulversare alimentară ne duce la perturbări patologice. Or, în ultimele decenii, aceste bulversări nu lipsesc.

În Occident s-a trecut de la masa familială la „fast-food", de la producția artizanală la producția industrială; de la cunoscut la saltul în necunoscut, având drept corolar individual dezechilibrul, la anxietate, terorism sau, cum spune Claude Fischler, la *„cacofonie dietetică"*.

În S.U.A., pe plan sociologic, s-a ajuns la o cascadă de schimburi rapide ce au condus la dezechilibre alimentare. În anul 1950 peste 25% din populație trăia din cultura pământului. Astăzi, procentul este de numai 3%.

Aceasta a dus la schimbări în modul de consum a produselor şi în distribuție. *Orice legătură socială între producător şi cel care mănâncă (consumator) a dispărut. Supermarket-ul a invadat mahalalele. În România, sărăcia actuală pune stavilă acestei transformări.*

Trecerea de la o alimentație familială la una individuală obligă la o altă supraveghere a corpului: noi răspundem de propriul nostru corp. Alimentația este o decizie individuală, *dezacralizată şi deritualizată,* favorizând tulburările de comportament alimentar.

*Pe plan psihologic, am trecut de la societatea **fără tată** a anilor '60 la societate depresivă descrisă de* Tovay Anatrella (*Non a la société dépressive*, Flammarion, 1995).

„Locul simbolic al tatălui, locul unei terțe persoane, ce favorizează diferențierea, a rămas vacant". A apărut *alimentul-sân*, ***„ce reduce alimentul la dimensiunile sale strict energetice**, degajat de dimensiunile sale simbolice şi aducându-ne aviditatea orală a sugarului"* (Bernayd Waysfeld, *Le gouvernement du corps*, Comunications N°56 de L'EHESS, 1993, vol.261, ed. Seuil, Paris).

De-a lungul mileniilor, prescripțiile religioase ne-au ferit de astfel de pericole.

Între personalitatea fragilă de odinioară ce întâlnea dificultăți în a întâlni lumea exterioară şi societatea care favorizează narcisismul este o relație evidentă ce defavorizează legătura socială. Locul simbolic al tatălui, adică al terțului care favorizează diferențele şi deschide orizontul spre real, a rămas vacant. Rămânem legați de *alimentul-sân*, care se reduce la dimensiunea strict energetică, şi, lipsit de dimensiunile simbolice, ne reducem la *aviditatea orală a sugarului* (Waysfeld).

Scanned with OKEN Scanner

În particular, de la regresia orală marcată prin aviditatea orală de a absorbi orice, la intoleranța oricărui sentiment de lipsă.

Acest sentiment autodistructiv apare sub formă de anorexie, bulimie, alcoolism, toxicomanie.

Interdicțiile rituale alimentare, introduse prin lege, permit să fie combătute. Ceremonialul mesei, alimentele tabu, obiceiuri festive, au drept misiune *supunerea oralității legilor.*

În religia ebraică, a mânca înseamnă a consuma. Este un cult - mărturie - aplecarea capului asupra mesei. Trebuie să mănânci la masă împreună, pe o față de masă, îmbrăcat în haine bune, pentru sabat. A posti înseamnă (în zilele de Kipur) o referință la cei care n-au ce mânca şi rezistența la tentații.

Interdicțiile alimentare la evrei înseamnă:

a) Combaterea cruditătii canibalice, care interzice vânatul ce banalizează actul omorului şi riscul de a omorî pentru plăcere; omorul ritual înseamnă reducerea la maximum a suferinței.

b) Stabilirea unei distanțe între consumator şi hrană: dintre mamifere numai rumegătoare, dintre păsări se exclud răpitoarele şi hoiturile; dintre peşti numai cei cu solzi şi înotătoare. Ansamblul regulilor înseamnă absența celor periculoase.

c) Separarea impulsului oral: „*tu nu vei fierbe iedul în laptele mamei sale*" (Exod XXIII-19 şi XXIV-16, Deuteronom: XIV, 21). Asta înseamnă interzicerea de a fierbe laptele împreună cu carnea. S-au dat numeroase interpretări. În concepția lui G. Devereaux, *tatăl etnopsihiatriei* (citat de B. Waysfeld) înseamnă, de asemenea, interdicția de a mânca mai mult decât este necesar (lupta împotriva riscului de a stabili simbolic raporturi incestuoase între mamă şi sugar şi împiedicarea amestecul între iubire şi încorporare). G. Haddad în lucrarea sa *Manger et vivre, rituel alimentation et formation paternelle* face următoarea interpretare: individul poate consuma lapte înainte să mănânce carne şi nu după, afirmând că „*Nu sunt cuvinte ce să mănânci, ci fraze*". Un individ ce respectă acest lucru va fi ferit de tulburări de comportament alimentar (bulimie, anorexie etc.).

În materie de recomandări, *islamismul* s-a constituit contra iudaismului. Acesta s-a vrut mai liberal. În capitolul 77 din Coran, versetele 41-44, el afirmă: „*cei care se tem de Dumnezeu vor sta la umbră şi se vor hrăni cu fructe şi cu tot ceea ce doresc*".

Şi El le va spune: „*mâncați şi beți în pace ca recompensă pentru ceea ce-ați făcut*". Şederea în Paradis este o promisiune de fericire şi, printre cele ce le vor avea, sunt alimentele şi băuturile cele mai plăcute, ca recompensă pentru cei aleşi. Se insista însă, pe interzicerea cărnii de porc, a vinului şi a jocurilor de noroc.

Religia catolică consideră că actul de a mânca înseamnă asimilare: să faci din tine însuți un altul. Se înscrie în lupta contra morții ceea ce tradiția iudeo-

Scanned with OKEN Scanner

creştină n-a acceptat. Pentru ca omul să fie mai puternic decât natura lui, el are nevoie de ideea de reînviere. Reînvierea reprezintă în istorie ceea ce a depăşit natura în moarte. Acest act se exprimă în Euharistie, ceea ce permite trecerea prin altul pentru a deveni tu. Alimentaţia reprezintă o transsubstanţiere.

Reforma lui Calvin şi Luther a modificat mult prescripţiile bisericii catolice. Luther, un mare gurmand, considera că ar trebui impusă o mare disciplină trupului omenesc, cu scopul de a-i stăpâni aviditatea, de a evita poftele. Recomanda postul fără a-l prescrie, prin asceză, cu scopul de a împărţi cu cei ce n-au cu ce se hrăni.

Aceste religii principale arată cât sunt de legate alimentele cu viaţa spirituală. Fie apar interdicţii parţiale (iudaism şi islamism), fie apare o dimensiune simbolică euharistică sau promovarea ascezei la protestanţi şi postul la ortodocşi.

Toate aceste religii conduc la privilegierea alimentului ca fiind *sfânt.*

2.1.7. Alimentul ca sursă de energie

În anii '50 apare alimentaţia raţională (*Le quotidien du Médecine*, 18 Mars 1998; *Communication faite au Congrés des diététiciens*, A. Poire et P. Hoch; Bernard Waysfeld (nutriţionist şi psihiatru), *Les sciences de la nutrition; L'univers de l'aliment* în „Science et vie", nº 208, 1999, p.11). *În România, primul care introduce ideea de alimentaţie raţională a fost* I. Gonţea şi apoi I. Mincu (1974, 1977). *Alimentaţia raţională - noţiune ştiinţifică internaţională - nu are nimic în comun cu „raţia alimentară" forţată de lipsuri sau sărăcie (aşa cum a fost confundată şi „politizată", în mod intenţionat, de presa anilor 1990-1996 din România, datorită dezinformării sau unei rele intenţii). Astăzi, alimentaţia în ţară are deficienţe grave, care se datorează sărăciei şi nu lipsurilor de produse alimentare din magazine. Peste 7,6 milioane de oameni trăiesc sub limita sărăciei.*

Anii '60 deschid accesul la modernitate: creşterea economică, influenţa modelului american, multiplicarea supermarket-urilor sunt factori care *favorizează consumul produselor cu preparare rapidă (fast-food).* Apare moda slăbirii. Ia naştere curentul de emancipare feminină ce împrumută valorile masculine şi opoziţia la civilizaţie şi consum. Această opoziţie se întăreşte în anii '70-80, bucătăria nouă preluând locul celei burgheze.Trebuie să mănânci uşor, slab caloric, cantitativ şi calitativ. Atunci apare societatea *lipofobă.* Încep să apară coloranţii şi hormonii. Apare angoasa alimentară.

Anii '80 sunt marcaţi de o nouă religie: *cultul corpului şi al formei.* Corpul a devenit un capital ce trebuie întreţinut şi valorificat. Alimentaţia se înscrie în programul global de repunere în formă prin gimnastică aerobică, jogging, scăderea în greutate, suplimente vitaminice. Alimentele trebuie să fie aspectuoase

Scanned with OKEN Scanner

și bune. Din anii '90 începe să se promoveze *alimentul-sănătate*: slăbirea în greutate însoțește grija pentru calitatea nutrițională. Alimentele trebuie să conțină substanțele nutritive, mineralele, oligo-elementele necesare respectând procesul de slăbire. Este necesar ca alimentația să fie simplă, sănătoasă, echilibrată și, mai ales, oamenii să rămână supli (cvadratura cercului).

Într-o epocă marcată prin dispariția reperelor, marcajul calității originale a produsului este foarte apreciat.

Argumentul sănătății se asociază cu termenii frumusețe și seducție. Se cere alimentului mai mult decât poate să dea. Este era nutracentrică și a slăbirii sănătoase.

Curentul nutracentric duce la ideea după care sănătatea nu este problema numai a specialiștilor, ea este problema întregii societăți. Alimentele sunt considerate astăzi echivalentul medicamentelor. Produsele lactate ajută organismul în procesul de dezvoltare (creștere), grație conținutului în calciu al acestora, în timp ce sucul de fructe și vitamina C favorizează forma corpului. Asistăm la triumful științei care introduce termenul de *alicament - aliment - medicament.* Reîntoarcerea pendulului nu e departe: alimentația bio și ecologică *nu înseamnă o modă.*

Consumatorii își expun dorința de a se reîntoarce la masa familială, printr-o mai largă transparență și directivă (*traçabilité*).

Pentru Organizația Mondială a Sănătății, sănătatea este o stare de completă „bien-etre" psihică, mentală și socială și nu se rezumă la absența maladiilor și infirmităților.

Există o altă definiție mai veche și mai elegantă a lui Leriche, care spune că „*la santé c'est le silence des organes*" iar, la rându-i, Freud definește sănătatea ca fiind „*capacitatea individului de a iubi și a munci*".

Astăzi, sănătatea se măsoară în scara zisă a „calității vieții", care se multiplică în toate domeniile patologiei, căci trebuie să adăugăm *vieții ani* și nu invers, cu toată angoasa contemporană înaintea morții.

Speranța de viață diferă în funcție de nivelul de trai. Recordul de longevitate în Europa îl deține Franța, unde aceasta este de *82 de ani* pentru femei și *74 de ani* pentru bărbați. Acest record de longevitate se datorează igienei (corporale și de viață), progreselor medicale și chirurgicale.

Cu toate acestea, există diverși factori care generează senzații de teamă. Între aceștia aș numi maladia vacii nebune, care a provocat moartea a 27 de oameni în Europa, hormonii incorporați la animalul viu și dioxina (factor cancerigen deja cunoscut) (prof. Marian Apflebaum: *Un steak sau un barbecue provoacă emanarea de dioxină, nefiind un motiv de a renunța la ele).*

Ar trebui consumată carne contaminată cu dioxină de două ori pe zi, timp de un an, pentru a ajunge la cancer.

Cele mai multe cereale consumate în Franța sunt organisme genetic modificate (O.G.M.), natural selecționate de-a lungul mileniilor. În acest sens, declarația lui E. Leclerc din publicația „Le Monde" din data de 1 iunie 1999 este excesivă: *„Știința a dat organisme agro-alimentare genetic modificate, însă consumatorii trebuie să dea corpurile lor științei?"*

Consumatorii cer transparență totală și imediată, cum s-a văzut recent în afacerea Coca-Cola (reglată în 8 zile). Trăim o nouă cultură, cum a declarat B. Kouchner. *„Într-adevăr, securitatea alimentară n-a fost niciodată mai mare"*. Riscul „zero" nu există, dar toxicitatea alimentară s-a diminuat cu o mie în câțiva zeci de ani.

Totdeauna, noi credem ce mâncăm. Alimentele consumate sunt sursa de viață deși ele, prin preparare, nu mai conțin viață. Operația este magică și se scapă esența ei. De aceea există teama de tot ce este nou, fiind vorba de clasica neofobie alimentară. Legăturile sociale dispar. Masa familială, cu rolul său de comunicare, reglare și integrare, nu mai există. Alimentul nu mai este organizatorul schimburilor.

Comunicarea nu se limitează la un emițător și un receptor, separați printr-un ecran. Oamenii rămân atașați de copilărie, care este canalizată astăzi pe imaginea catolică a unui corp ideal, suplu, androgin și permanent tânăr.

Lumea noastră pseudo-rațională baleiază de la mese de compoziție la alte mese dar nu poate rivaliza cu angoase arhaice. *Omul, deși se știe muritor, nu poate trăi decât uitând acest lucru*. Totul contribuie însă la a ne aduce aminte de acest lucru (B. Waysfeld).

Restabilirea legăturilor sociale și reîntoarcerea la spiritualitate par singurele susceptibile de a ne liniști. Ca și André Malraux putem spune: *„Le vingt et unieme siècle sera religieux ou ne sera pas."*

2.2. Produse alimentare de protecție

Abordând o orientare nouă în industria alimentară și nutriție, rezultat al unei colaborări între Clinica de Nutriție și Boli Metabolice din cadrul Universității „Carol Davila" din București și Universitatea din Galați, a fost posibilă realizarea unor produse alimentare cu valoare nutritivă ridicată și acțiune terapeutică. Ele sunt bogate în substanțe biologic active, în special proteine, vitamine, bioioni și chiar produși cu efect terapeutic, urmând să fie folosite ca adjuvanți în tratamentul unor maladii sau ca produse de bază în profilaxia persoanelor sau grupelor de indivizi cu un coeficient ridicat de risc pentru anumite maladii.

Spre deosebire de alimentația dietetică cu un rol pasiv, alimentele de protecție au un spectru mult mai larg prin caracterul profilactic, și caracterizează spiritul

Scanned with OKEN Scanner

nou al medicinei, acela de a preveni boala, nu numai de a o trata. Promovarea alimentelor de protecție prezintă următoarele valențe:

- realizarea unei game de produse intermediare între medicament și aliment, care să completeze disponibilitățile terapeutice ale medicinei, să poată fi utilizate îndelungat, fără efecte secundare și să fie mai bine agreate de către bolnavi, fără reacțiile psihologice adverse existente față de medicamentul clasic;
- în bolile de nutriție cu o frecvență alarmant de crescută, alimentele de protecție pot avea un rol deosebit în echilibrarea metabolismelor decompensate;
- pot fi utilizate în special în alimentația unor grupe de populație care solicită un aport suplimentar în trofine: copii, gravide, bătrâni, sportivi, muncitori care lucrează în mediu toxic, pentru care se pot realiza produse specifice;
- prin conținutul ridicat în vitamine, unele alimente de protecție (germeni de grâu și porumb, cereale germinate, drojdie de bere, produse din cătină și măceșe) pot reprezenta o sursă importantă în aceste substanțe nutritive, cunoscând și faptul că vitaminele naturale sunt mai eficiente decât cele de sinteză. Bogăția în substanțe biologic active determină un efect de protecție cu acțiune benefică la nivel celular. Ele măresc imunitatea naturală a organismului și au efecte roborante și fortifiante;
- unele alimente de protecție pot fi fabricate din produse secundare ale industriei alimentare în care se concentrează o cantitate mare de substanțe biologic active (germeni de grâu și de porumb, tărâțe, drojdie de bere etc.), cât și din materii prime noi, neintroduse în circuitul alimentar (păducel, cătină etc.) sau puțin utilizate (sfeclă roșie). Se realizează, astfel, un deziderat real și economic de primă importanță: valorificarea complexă a materiilor prime agroalimentare.

2.2.1. Produse alimentare de protecție pe bază de legume și fructe

În medicina tradițională, confirmată în mare parte de cercetări clinice riguroase, un număr mare de legume și fructe sunt recomandate în terapia bolilor gastrointestinale, a celor cardiovasculare, de nutriție și metabolice, în afecțiuni ale aparatului urinar, respirator, în afecțiuni glandulare, ale sistemului nervos central și în bolile de piele. Acțiunea benefică a legumelor și fructelor se explică prin marea diversitate de substanțe sintetizate, cu efecte în majoritatea afecțiunilor nutriționale în ultimele decenii.

Legumele sunt un cocktail de mii de substanțe, multe dintre ele fiind foarte active. Ele conțin glucosilonați (prezenți în varză, creson etc.), având efect protector contra anumitor cancere digestive. Mult timp considerată fără valoare, recent a fost reconsiderată de studii științifice (Moel G., Saverot - Dauvergne și

Scanned with OKEN Scanner

colaboratorii, *Le statut vitaminique*, Editions Médicales Internationales, Paris, 1998). Sulfiții și alilul din usturoi și pere au și acțiune anticoagulantă (Artog - Hiyon). Studiul prelungit, efectuat de Sophie Coisne într-o provincie franceză, ne arată că la populația care consumă 20 g de usturoi pe zi, cancerul este de 13 ori mai puțin frecvent, comparativ cu restul populației.

Usturoiul are o puternică acțiune terapeutică deoarece:

- stimulează funcția imunitară;
- reduce colesterolemia;
- acționează ca anticoagulant și antiagregant plachetar;
- este antidepresiv;
- stimulează memoria;
- crește posibilitatea de comunicare;
- acționează pozitiv în demența senilă;
- inhibă mitoza celulelor cancerigene;
- acționează împotriva efectului radicalilor liberi pe metabolismul celular (efect protector pentru neuroni);
- este antiinflamator;
- este descongestionant.

În prezent este cunoscut rolul preventiv pe care îl au consumul de soia, varză, mazăre asupra declanșării cancerului hormono-dependent, cancerului de sân, cancerului de prostată. De asemenea, consumul de cereale, leguminoase uscate și cartofi au un important rol protector. Creșterea consumului de fibre alimentare reduce riscul îmbolnăvirii de polipi rectali.

În ultimele decenii s-a demonstrat *efectul protector cardiovascular* pe care îl au vegetalele. Peste 50% dintre vegetalele consumate au efect antioxidant: flavonoidele conțin vitamina C (citrice, kiwi, mere etc.); germenii de porumb, alunele, migdalele ș.a. conțin vitamina E. La fel, în unele vegetale este prezent zincul.

Legumele și fructele sunt recomandate în terapia bolilor gastrointestinale, a celor cardiovasculare, de nutriție și metabolice, în afecțiuni ale aparatului urinar, respirator, în afecțiuni glandulare, ale sistemului nervos central și în bolile de piele, pentru că:

- au concentrație ridicată în vitamine sintetizate numai în regnul vegetal având implicații profunde pentru starea de sănătate (vitamina C, acidul folic, carotenoizii, vitamina P);
- au potențial alcalin ridicat, care favorizează menținerea reacției alcaline a sângelui;
- au conținut ridicat în săruri minerale, cu efect de remineralizare a organismului;

Scanned with OKEN Scanner

- au o cantitate mare de săruri de potasiu, ceea ce permite eliminarea apei excedentare din organism, cu efect diuretic puternic şi indirect şi cu o acțiune de detoxifiere antiinflamatoare;
- sunt bogate în celuloză, hemiceluloză şi în special în substanțe pectice, care asigură o reglare a tranzitului intestinal, influențând pozitiv starea de sănătate în diferite afecțiuni.

2.2.2. Peştele oceanic ca aliment de protecție

Numeroase studii epidemiologice au evidențiat incidența mică a patologiei cardiovasculare la populațiile consumatoare de peşte oceanic. S-a stabilit că această acțiune se datorează acizilor graşi polinesaturați din seria n 8, în special a acizilor eicosopentaenoic şi docosahexaneoic. Administrarea uleiului de peşte la bolnavii cu hipertrigliceridimie determină o diminuare a conținutului în colesterol, în trigliceride, şi a lipoproteinelor cu densitate foarte mică.

Acizii graşi polinesaturați au un rol important în imunitate, ei participând la secreția de anticorpi de către celulele splenice. Totodată, ei au proprietăți antiinflamatorii, inhibând calea 5- lipooxigenazei în neutrofile şi monocite. De asemenea, inhibă leucotrienele B4, care mediază funcțiile neutrofilelor. Ca urmare, aderența neutrofilelor scade, fiind atenuate agregabilitatea plachetară sanguină şi agresivitatea bolilor autoimune.

Grăsimile de peşte exercită un efect de protecție a organismului față de diferiți promotori cancerigeni, micşorează viteza de dezvoltare a transplantului de cancer mamar, reduce numărul şi mărimea tumorilor mamare. Consumul de peşte este corelat cu o incidență mai redusă a cancerului mamar la eschimoşii din Groenlanda, cu toate că aceştia consumă o cantitate mare de lipide (70% din ratia calorică), care sunt însă constituite, în cea mai mare parte, din grăsimea de peşte a unor animale marine, bogate în acizi graşi polinesaturați.

Determinările de acizi graşi polinesaturați din seria γ (gamma) n-3 în diferite specii de peşte au stabilit că cea mai mare cantitate se găseşte în peştele oceanic, medie în speciile marine şi mică în peştele de apă dulce. Ca urmare, produsele din peşte oceanic asigură protecția în afecțiuni cardiovasculare, autoimune şi neoplasm.

2.2.3. Produse din cereale germinate

Medicina tradițională acordă o atenție deosebită cerealelor germinate, justificată pe deplin de cercetările biochimice existente, ceea ce a determinat

Scanned with OKEN Scanner

orientarea nutriționiștilor în direcția extinderii produselor din cereale germinate. În prezent, în țările industrializate se constată o creștere a numărului de derivate din produse germinate, de la produsele dietetice, terapeutice sau pentru alimentația copiilor, la produse de larg consum, asimilându-se și aprofundându-se experiența din Extremul Orient. Este interesat de remarcat faptul că germinarea reprezintă singurul proces de prelucrare a produselor agroalimentare prin care se realizează o creștere importantă a valorii nutritive, prin mărirea biodisponibilității compușilor nutritivi, a conținutului în vitamine și a altor substanțe biologic active. Creșterile cele mai importante le înregistrează vitaminele B_1, B_2 și B_6, a căror cantitate se mărește de 5-50 ori, ca urmare a biosintezei determinate de procesele enzimatice foarte active care au loc în timpul germinării. Totodată, se înregistrează și următoarele efecte favorabile: toate componentele se găsesc într-o fază predigerată, ușor asimilabile de către organism, substanțele biologice active sunt prezente într-o stare natural echilibrată, ceea ce potențează efectul de protecție. Alături de vitamine se găsesc: bioioni în stare ușor asimilabilă ca urmare a acțiunii fitazei, care disponibilizează cantități însemnate de calciu, fosfor, magneziu, zinc și fier; factorii nutritivi existenți în sămânță (inhibitori proteici, hemaglutinine, antivitamine etc.) se reduc și chiar dispar la germinare, ceea ce permite o valorificare biologică mai completă a componentelor; prin germinare se biosintetizează o cantitate mare de glutation, care are un rol central în metabolismul celular; germinarea determină acumularea în sămânță a unor substanțe biologic active, insuficient cunoscute până în prezent, și a unor hormoni vegetali, cu rol important în metabolismul celular. Produsele din cereale germinate se recomandă în dieta bolnavilor de ateroscleroză, diabet, în stări de subnutriție în pediatrie, geriatrie etc.

2.2.4. Produse din germeni de cereale

În urma fabricării făinii de grâu și porumb rezultă ca produse secundare germenii respectivi, care constituie adevărate concentrate proteice și polivitamine naturale. Proteinele din germeni sunt bine echilibrate în aminoacizi esențiali, fiind net superioare proteinelor din endosperm. Ele se pot utiliza pentru compensarea deficitului acestora în lizină și metionină. Uleiul din germeni este foarte bogat în acid linoleic cu implicații biochimice deosebit de importante la om, în legătură cu transportul lipidelor și, în special, al colesterolului (efect hipolipidemic și hipocolesteromiant), în fiziologia pielii și a organelor de reproducere, precum și în sinteza endogenă de prostaglandine, compuși care controlează funcțiile unui mare număr de alți hormoni, activitatea enzimelor din metabolismul lipidic, a ritmului

Scanned with OKEN Scanner

cardiac, a presiunii sanguine, a mobilizării acizilor graşi din țesuturi, a funcționării sistemului vascular, cardiac, muscular, neted şi a cortexului cerebral.

Germenii din cereale sunt foarte bogați în vitamina E, care are efecte benefice în numeroase patologii, fiind considerată „o vitamină în căutarea unei patologii".

Faptul că vitamina E este însoțită de o serie de antioxidanți şi de complexul de vitamine B îi măreşte eficiența nutrițională şi terapeutică.

Făinurile obținute din germenii de grâu şi porumb sunt considerate ca fiind produse de protecție complexă datorită conținutului în aminoacizi esențiali, lipide biologic active şi prezenței complexului vitaminic. În felul acesta se explică rezultatele bune obținute în observațiile clinice, în afecțiuni foarte diverse: cardiovasculare, digestive, diabet etc.

Drojdia de bere ca produs de protecție

Drojdiile au un conținut ridicat de proteine, sunt o sursă bogată de vitamine din grupul B, ergosterol şi alte substanțe biologic active. Cercetările complexe efectuate în ultimii ani au justificat introducerea unor diete care conțin produse din drojdie prin diverse tratamente, sau chiar drojdie ca atare, în scopul vindecării sau ameliorării unor afecțiuni digestive, hepatice, inflamatorii, nervoase. În cazul unor maladii de nutriție, a aterosclerozei, diabetului, obezității, afecțiuni ale ficatului şi sistemului nervos, utilizarea unor diete cu drojdie a condus la ameliorări evidente.

În diabet se constată o creştere a toleranței organismului față de glucoză. Conținutul ridicat în proteine şi vitamine exercită un efect protector asupra ficatului, contribuind la prevenirea degenerării celulei hepatice şi la revitalizarea funcțiilor acesteia, iar conținutul ridicat de aminoacizi intensifică acțiunea hepatoprotectoare. Rezultate bune s-au obținut şi în bolile digestive, unde exercită un efect trofic important datorită aportului de proteine şi vitamine. Conținutul ridicat de glutation determină o creştere a rezistenței organismului la intoxicațiile cu xenobiotice.

2.2.5. Produse fermentate lactic

Cercetările din ultimele decenii au stabilit rolul complex al florei bacteriene intestinale, care se află în strânsă interacțiune cu intestinul gazdei, prin competiția reciprocă de utilizare a substanțelor nutritive, modificări de pH şi potențial redox, sinteză de factori de creştere, acțiuni enzimatice şi de transmitere a rezistenței la antibiotice. Flora bacteriană exercită funcții multiple: rol digestiv, metabolic, de apărare şi de participare la echilibrul imunologic, menținerea morfologiei normale a intestinului, participarea la turnover-ul acizilor biliari.

Modificarea microflorei prin predominarea clostridiilor față de bacteriile lactice poate conduce la dereglări fiziologice, printre care şi dezvoltarea maladiei canceroase. Studii epidemiologice au stabilit că există o corelație semnificativă

Scanned with OKEN Scanner

între alimentația „de tip occidental" care favorizează creşterea densității de *Clostridium paraputrificum*, mărirea concentrației de acizi biliari şi riscul față de cancerul de colon. Produsele lactate fermentate au căpătat o largă importanță în dietoterapie datorită aportului în microfloră lactică şi a faptului că în timpul fermentării se produce o predigerare a proteinelor, lipidelor şi glucidelor, care conduce la creşterea gradului lor de asimilare. Important este şi faptul că 2/3 din cantitatea inițială de lactoză se hidrolizează aproximativ, astfel că produsele pot fi consumate şi de către persoanele cu deficiență de lactoză.

Produsele lactate acide, îndeosebi iaurtul, au proprietăți hipocolesteromiante. S-a constatat, de asemenea, o activitate antitumorală exercitată de acest tip de alimente.

O importanță dietetică o prezintă sucurile de legume fermentate lactic, din morcovi, sfeclă roşie, țelină, varză, ardei.

Având în vedere proprietățile dieto-terapeutice cunoscute ale sucurilor de legume, se consideră că fermentația lactică aduce un plus de factori de protecție şi permite realizarea unor produse noi, cu efecte benefice în starea de sănătate.

2.2.6. Produse alimentare de protecție îmbogățite prin celuloză

În decursul ultimelor decenii s-a constatat o incidență din ce în ce mai mare a afecțiunilor intestinale, a constipației cronice, apendicitei, trombozei, dereglarea metabolismului biliar, în paralel cu creşterea colesterolemiei şi a incidenței bolilor cardiovasculare. Statisticile au demonstrat că frecvența acestor boli este mult mai mare în mediul urban decât în cel rural şi mai accentuată în țările industrializate, fiind corelată cu lipsa de substanțe de balast din rație, substanțe încorporate sub denumirea de „fibre alimentare". În această grupă un rol important îl au celulozele şi substanțele înrudite, care exercită efecte fiziologice complexe: acțiune „detergentă", micşorând timpul de golire a stomacului prin creşterea vitezei de tranzit intestinal; măresc cantitatea de apă reținută formând un bol alimentar gelatinos, care permite absorbția şi eliminarea substanțelor nocive; reduc totalul postprandial de trigliceride plasmatice, de trigliceride şi colesterol hepatic; influențează favorabil metabolismul proteinelor, intensifică excreția acizilor biliari, micşorează toxicitatea diferitelor substanțe, inclusiv a cancerigenilor, modifică funcția secretorie pancreatică şi procesele digestive intraluminale.

Datorită acestor efecte, fibrele au un rol profilactic important în prevenirea dislipidemiilor, a cardiopatiilor ischemice, a diabetului, a litiazei biliare, constipației cronice, colonului iritabil, apendicitei, bolii diverticulare şi cancerului de colon.

Scanned with OKEN Scanner

În urma studiilor tehnologice şi clinice s-au realizat produse bogate în fibre, printre care şi produsul „Fibrosan", care prezintă următoarele caracteristici: este obținut din tărâțe fină, ceea ce previne iritarea tractului gastrointestinal, are o mare capacitate de hidratare, ceea ce permite absorbția toxinelor din intestin, este îmbogățit în germeni de grâu care aduc substanțe biologic active deosebit de valoroase, are o valoare energetică mică, ceea ce este foarte util pentru dieta bolnavilor cu restricții calorice şi a celor ce fac cură de slăbire, se creează rapid senzație de sațietate, ceea ce favorizează desfăşurarea normală a curelor de slăbire şi a dietelor hipocalorice, are un conținut ridicat de vitamine din complexul B şi de vitamina E, conținutul de proteine este de două ori mai mare decât al pâinii, ceea ce are efect favorabil în bolile care necesită un efort crescut, densitatea mare de substanțe biologic active la o valoare energetică redusă are un efect pozitiv în reechilibrarea metabolismelor dereglate. Prin procesul tehnologic s-a inactivat complet microflora din tărâțe; caracterul crocant şi gustul agreabil fac ca produsul să fie apreciat de consumatori.

Trowell şi Burkitt au emis în anul 1975 aşa-numita ipoteză a fibrelor în dietă, prin care au arătat rolul lor în prevenirea unor boli cum sunt cancerul de colon, diabetul, bolile cardiovasculare şi altele.

Fibrele în dietă sunt prezente în polizaharidele din plante: celuloza, hemiceluloza, pectine, mucilagii, gume şi lignină. Ele sunt rezistente la hidroliza produsă de enzimele digestive.

Fibrele în dietă pot fi grupate în două categorii, după modul de solubilitate în apă: fibre solubile în apă şi fibre insolubile în apă.

Fibrele dietetice hidrosolubile, care formează gel, au un efect direct privind scăderea colesterolului, fapt explicabil, cel puțin în parte, prin legarea acestor fibre de acizii biliari din intestin; aşa sunt fibrele de guar şi pectinele, mai eficiente atât în privința scăderii lipidelor sanguine cât şi în privința scăderii glicemiei.

Asociația de Nutriție Britanică recomandă diabeticilor o alimentație bogată în fibre, adică o alimentație bogată în legume, cereale, tuberculi. Ele au rol de întârziere a absorbției hidraților de carbon atunci când sunt administrați cu alte alimente, fapt ce duce la o ameliorare a toleranței acestora. De asemenea, ele determină o modificare în cantitatea şi în sursa hidraților de carbon din alimentație şi la scăderea aportului total caloric.

Deci, se impune ca fibrele în dietă să fie amestecate cu mâncarea pentru a fi eficiente şi pentru a putea fi consumate, căci unele dintre ele nu pot fi consumate ca atare, cum este de exemplu guma agar. Guma agar este o fibră naturală extrasă din fasolea indiană Cluster, are un component polizaharidic care se numeşte galactomannon şi formează în intestin o substanță vâscoasă care nu se absoarbe. Ea întârzie absorbția zaharurilor şi oligozaharidelor din intestin şi scade astfel glicemia

Scanned with OKEN Scanner

postprandială (probabil prin întârzierea golirii gastrice şi prin întârzierea tranzitului la nivelul intestinului subţire).

Mulţi cercetători au ridicat problema existenţei unui efect negativ al fibrelor dietetice, şi anume, prin întârzierea sau diminuarea absorbţiei unor vitamine, a calciului, iodului, zincului şi a altor cationi metalici.

Cercetările lui Behall K.M. şi colaboratorii, publicate în *Adv. Exp. Med. Biol. 270/7-16/1990*, referitoare la „Efectele fibrelor solubile asupra lipidelor plasmatice, asupra toleranţei la glucoză şi asupra echilibrului mineral" arată că acestea pot fi de valoare terapeutică în scăderea colesterolului şi în îmbunătăţirea metabolismului glucidic, fără să afecteze balanţa minerală.

Efectul de scădere a colesterolului este mai mare atunci când se adaugă fibre la o dietă deja hipolipidică.

Cantitatea de fibre în diete cu rol de scădere a lipidelor serice trebuie să fie de cel puţin 3 g/MJouli ce corespunde la aproximativ 30 g fibre pe zi.

Anderson J.W. şi colaboratorii, în lucrarea apărută în *American Journal of Clinic Nutrition* 54/5 936-43/1991 privind efectele metabolice ale dietelor cu conţinut crescut în hidraţi de carbon şi în fibre în diabetul zaharat de tip I, au arătat efectul pozitiv al dietelor cu conţinut bogat în fibre (70 g) faţă de dietele sărace în fibre (10 g). În urma administrării unor diete bogate în fibre, necesarul bazal de insulină scade, la fel scade şi colesterolul seric.

Fibrele dietetice au următoarele efecte principale:

- reduc colesterolul total;
- reduc LDL colesterolul;
- reduc riscul bolilor coronariene;
- reduc riscul cancerului de sân, de prostată şi de colon;
- previn constipaţia;
- previn diverticuloza colonului;
- reduc hipertensiunea;
- reglează absorbţia de glucoză;
- îmbunătăţesc metabolismul glucozei;
- reduc greutatea corporală.

Mecanismele de acţiune ale fibrelor dietetice sunt:

- se leagă la acizi biliari;
- se leagă la acizii graşi saturaţi;
- scade timpul de tranzit;
- creşte producţia de enterolactone şi equol;
- reduce nivelul enzimelor bacteriene şi al produşilor nedigerabili din colon.

Scanned with OKEN Scanner

2.2.7. Produse alimentare îmbogățite în substanțe pectice

În mod obișnuit *pectinele* sunt incluse în grupa fibrelor alimentare. Totuși, spre deosebire de celuloze, suferă procese de digestie și se caracterizează printr-o serie de calități suplimentare: pectina este bine tolerată de persoanele sensibile sau cu afecțiuni ale tractului gastrointestinal, având o acțiune emolientă, nu influențează funcțiile intestinului subțire, nu afectează asimilarea proteinelor și nu reduc activitatea enzimelor gastrice.

2.2.8. Implicarea unor produse alimentare în apariția unor forme de cancer

a) *Influența unor produse alimentare în apariția unor forme de cancer*

Influența alimentației asupra inducerii cancerului poate fi determinată de patru grupe de factori:

- Aportul excesiv al unor alimente prea bogate în proteine animale și grăsimi, care intervin în dezvoltarea cancerului primar.
- Insuficiența în diferiți factori alimentari, ce poate reprezenta o cauză primară a cancerogenezei. Astfel, insuficiența de colină, *în special în cazul raportului colină/proteină, poate determina cancerul ficatului,* iar aportul insuficient de iod poate produce cancerul glandei tiroide.
- Formarea unor metaboliți, care pot favoriza apariția și dezvoltarea maladiei canceroase. În acest sens, se conturează rolul triptofanului care favorizează cancerogeneza indusă de hormoni sexuali feminini și cel al 2-acetilamino-fluorenului.
- Prezența în alimente a unor substanțe cu efect cancerigen, care pot exista în natură sau ca urmare a proceselor de poluare.

Ettore Bidoli și colaboratorii au studiat interrelația între factorii alimentari și riscul apariției cancerului colorectal într-o provincie din nord-estul Italiei și au găsit o corelație pozitivă între consumul alimentar crescut de produse bogate în amidon, alimente grase, ouă, brânzeturi, carne roșie și cancerul colorectal și o corelație negativă, deci un rol protector al unei alimentații bogate în uleiuri vegetale și în fibre alimentare.

Albert J.Tuyns, efectuând un studiu în Belgia, a observat că un consum crescut în legume gătite sau crude și fructe proaspete, cât și uleiuri vegetale, are un rol protector în apariția cancerului gastric. Alimentele care favorizează apariția cancerului gastric sunt carnea, produsele cerealiere și zahărul.

Într-un studiu efectuat pe un număr de 802 cazuri și 1669 subiecți de control din Australia, Canada, Olanda și Polonia, G.R.Howe și colaboratorii săi au arătat

Scanned with OKEN Scanner

existența unei asocieri pozitive între cancerul pancreatic și alimentația bogată în colesterol și în hidrați de carbon. Ei au subliniat rolul protector pe care îl are alimentația bogată în vitamina C și fibre alimentare.

A. Tricopoulou și colaboratorii săi au remarcat, într-un studiu efectuat la Atena, existența la cei care suferă de cancer colorectal a unei alimentații bogate în grăsimi saturate față de grupul de control.

J.M. Iscovich și colaboratorii, în urma studiilor efectuate în Argentina privitoare la interrelația cancer de colon-alimentație, au observat existența unui risc crescut de apariție a cancerului de colon la cei care au o alimentație bogată în ouă, în special ouă prăjite, și produse lactate, în special brânzeturi, și un risc scăzut de apariție a cancerului de colon la cei cu o alimentație bogată în carne de pui, pește, legume. Aceiași autori au evidențiat efectul protector al consumului de fibre alimentare în apariția cancerului de colon.

Neoplasmul de colon și de sân au unele trăsături epidemiologice comune. Ambele au incidență crescută în țările din America și Europa și incidență scăzută în Japonia.

Willet și colaboratorii, într-o comunicare recentă, au studiat riscul declanșării cancerului de colon în corelație cu aportul total de grăsimi și de grăsimi animale, într-un grup de surori medicale americane. Ei au observat o corelație pozitivă între consumul de grăsimi animale, carne roșie și cancerul de colon. S-a observat, de asemenea, rolul protector pe care îl au, în declanșarea acestui tip de cancer, consumul de carne albă (pui, pește).

Alte studii au arătat că un consum scăzut de fibre alimentare ar crește riscul declanșării cancerului de colon. Concluziile acestor studii au fost infirmate ulterior.

În urma analizelor unor studii ulterioare s-a observat o scădere cu 50% a riscului relativ de cancer de colon în rândul celor care au o alimentație bogată în fibre alimentare. Rolul protector al acestora constă în faptul că ele cresc greutatea fecalelor, scad tranzitul intestinal și diluează conținutul colonului, iar acizii biliari sunt reținuți în matricea fibrelor. Consumul de fibre scade activitatea metabolică a microflorei intestinale, scade activitatea enzimelor de tipul β-glucoronizadei, nitroreductazei, azoreductazei, 7α-dehidroxilazei.

Biotransformarea xenobioticilor și a unor componente alimentare complică mult interpretările cercetărilor de laborator și clinică, în alimente putându-se găsi atât activatori cât și inhibitori ai mutagenezei (fenomen fiziopatologic ce ia naștere în celule datorită unor stimuli biochimici naturali, diferiți alcaloizi ca sinigrina, cicazina, glicoizi, compuși fenolici, gosipol, estrogeni).

b) *Implicarea produselor alimentare în modificarea funcției metabolice a tractului intestinal și în apariția unor forme de cancer*

În mod normal, intestinul subțire are mai puține microorganisme, care provin din cavitatea bucală. Există floră indigenă localizată în stomac și în

Scanned with OKEN Scanner

porțiunea superioară a intestinului subțire. În mod normal, în aceste porțiuni concentrația bacteriilor este mai mică de 10^5 unități de colonie formatoare/ml de conținut. Aciditatea gastrică inhibă creşterea bacteriilor care vin din cavitatea bucală împreună cu saliva. Ileusul devine o zonă de tranziție între cantitatea mică de floră din intestinul superior şi cantitatea mare de floră din intestinul gros. Ileusul conține aproximativ 10^7 unități formatoare de colonie (cfu/ml). La nivelul valvei ileocecale populația bacteriană este foarte crescută, iar în colon concentrația bacteriilor este de 10^{11} - 10^{12} cfu/ml, sub forma a 400 de specii diferite la fiecare individ, cu predominanța bacteriilor anaerobe.

La indivizii care suferă de malnutriție se observă o creştere a numărului bacteriilor în intestinul subțire, fapt datorat, pe de o parte, scăderii secrețiilor intestinale, iar, pe de altă parte, datorită hipoclorhidriei şi datorită scăderii motilității tractului gastrointestinal. În general, există coli şi diverşi streptococi. Aceeaşi modificare a florei bacteriene descrise mai sus există în cazul anemiei pernicioase, la subiecții în vârstă, la cirotici, la gastrectomizați.

În neuropatia diabetică şi în sclerodermie poate exista o colonizare cu anaerobi a intestinului subțire. În aceste cazuri are loc o malabsorbție a hidraților de carbon, a grăsimilor, a vitaminei B_{12} şi a proteinelor. În cazul malnutriției, absorbția intestinală a principiilor nutritive mai sus-menționate este normală.

O serie de componente alimentare, cum sunt grăsimile şi fibrele alimentare, pot influența funcția metabolică a tractului gastrointestinal.

În S.U.A. şi în unele țări din Vest s-a observat existența unui număr crescut de cazuri de neoplasm mamar, în rândul persoanelor de sex feminin care consumă grăsimi.

În Japonia, unde consumul de grăsimi este mai scăzut, şi numărul de decese prin neoplasm mamar este scăzut.

Studiile epidemiologice din ultimii 30 de ani efectuate în Hawaii şi California au examinat proporția cancerului la japonezii imigrați în aceste regiuni şi au observat că locuitorii caucazieni care trăiesc în Hawaii au o frecvență crescută a cancerului mamar. Imigranții japonezi din prima generație au o incidență scăzută a neoplasmului mamar, asemănătoare cu cea a japonezilor din Japonia, frecvența crește însă la generațiile următoare. În apariția neoplasmului mamar un rol important îl au şi estrogenii, riscul apariției fiind mai mare cu cât nivelul estrogenilor din plasmă şi din urină este mai mare.

Tractul gastrointestinal joacă un rol important în metabolismul estrogenilor endogeni. Estrogenii sunt conjugați în ficat şi sunt eliminați în bilă. În intestin ei sunt deconjugați de către bacteriile intestinale şi sunt reabsorbiți. Estriolul se elimină, mai ales prin urină, estrona şi estradiolul fiind reconjugați în ficat şi

Scanned with OKEN Scanner

eliminați prin bilă. Peste 90% din estrogen este eliminat prin urină și numai 1-5% apare în fecale.

Grăsimile și fibrele din alimentație influențează concentrația de enzime cu rol în deconjugarea estrogenului la nivelul tractului gastrointestinal.

O dietă săracă în grăsimi și bogată în fibre alimentare determină o scădere a concentrațiilor enzimelor de deconjugare a estrogenilor, fapt ce duce la creșterea eliminării lor prin fecale, deci reabsorbția lor este scăzută, nivelul lor plasmatic fiind scăzut.

Studii efectuate pe femei caucaziene și asiatice au demonstrat existența unei corelații directe între aportul de grăsimi alimentare și nivelul de estradiol plasmatic.

Fibrele alimentare scad capacitatea de deconjugare a bacteriilor intestinale asupra estrogenilor, ducând la o eliminare crescută a acestora prin fecale.

Sherwood și colaboratorii au studiat nivelul estrogenilor pe un grup de femei americane sănătoase pe care le-au împărțit în două grupe - o grupă ce a primit o dietă cu un conținut de grăsimi ce reprezenta 40% din valoarea calorică zilnică plus 12 g fibre pe zi și alt grup cu grăsimi în proporție de 20% din valoarea calorică zilnică și 40 g fibre pe zi. După două luni, în grupul cu regim alimentar sărac în grăsimi și bogat în fibre alimentare nivelul estronsulfatului a scăzut cu 46%, iar cel al estradiolului a scăzut cu 13%.

Acțiunea cancerigenă a unor produse naturale trebuie privită cu mult discernământ, deoarece în unele plante, alături de compuși cu proprietăți mutagene, sunt prezenți și inhibitori ai mutagenezei și cancerogenezei. De asemenea, există și au o mare importanță unele substanțe chimice cancerigene ce se găsesc în alimente datorită poluării (deci care nu sunt naturali). Dintre acestea citățm: microtoxinele, pesticidele, hidrocarburile policlice aromatice, nitriții, nitrozaminele, radionuclizii, aditivii utilizați în industria alimentară (galben de unt, crisoidină, sudan IV, auramină, rodamină, diferiți edulcoranți și conservanți), metale grele și clorură de vinil. Sunt analizați ca factori mutageni și cancerigeni formați ca urmare a prelucrării termice a alimentelor, datorită degradării proteinelor și lipidelor.

Concluzia care se trage de aici este că singura măsură realistă de a reduce prezența substanțelor mutagene și cancerigene în alimente constă în limitarea la maximum a cauzelor care duc la contaminarea produselor alimentare. În acest scop, se impune un control riguros al gradului de poluare, realizarea unor produse îmbogățite în factori de protecție și orientarea consumului în direcția promovării acestor produse.

c) Substanțe de origine alimentară cu rol de inhibare a dezvoltării maladiei canceroase

Cercetările din ultimele decenii au demonstrat că o serie de substanțe de origine alimentară pot avea însă un rol invers, de inhibare a etapei de inițiere cât și a etapei

de promovare a dezvoltării maladiei canceroase, prin supraimprimarea exprimării fenotipului celulei transformate. Mai mult chiar, s-a stabilit că printre inhibitorii importanți ai acestei maladii sunt chiar și substanțe capabile de a produce reversia fenomenului malign spre normal, cu alte cuvinte de a stopa procesul de carcinogeneză și a normaliza înmulțirea celulară. Dintre inhibitorii importanți menționăm: inhibitorii de proteaze, inhibitorii de prostaglandin-sintetază, carotenii, vitamina A și retinoizii în general, vitamina C, antioxidanții fenolici, seleniul și sărurile de seleniu, izotiocianații și tiocianații organici, cumarinele și lactonele, substanțele inductoare cât și inhibitorii oxidazelor cu funcții mixte microsomale.

După cum se constată, majoritatea acestor componente sunt prezente, în mod natural, în produsele alimentare, dar o analiză mai profundă a alimentației din țările dezvoltate, denumită și „alimentație de tip occidental", evidențiază faptul că prin prelucrare, rafinare, depozitare, tocmai aceste componente se distrug sau sunt eliminate și, ca urmare, organismul este degrevat de factorii de protecție.

Corpul omenesc se află sub influența moleculelor de oxigen reactiv, care apar ca urmare a unei activități biochimice normale și care pot aduce dezavantaje corpului omenesc deoarece determină denaturarea proteinelor, a acizilor nucleici, saturarea dublelor legături din acizii grași din membranele celulare alterând astfel structura și funcția membranelor. Organismul se poate apăra însă împotriva oxidării prin enzime dependente de minerale, o astfel de enzimă fiind glutation-peroxidaza, și prin mici molecule antioxidante cum sunt vitamina E, vitamina C și carotenoizii.

Vitamina C

Are rol anticanceros prin faptul că favorizează formarea de colagen în organism, împiedicând formarea de N-nitroso compuși în stomac.

Ea reprezintă antioxidantul hidrosolubil ce se găsește în cantitatea cea mai mare în organism.

Recent, s-a evidențiat că vitamina C și carotenoizii ar avea efecte pozitive asupra funcției imune, cu rol de scădere a riscului cancerigen.

Vitamina E

Are acțiune anticanceroasă, acționând prin mai multe mecanisme, și anume: prin inhibarea formării de compuși N-nitroso în stomac; prin prevenirea scăderii seleniului și prin efect de protecție antioxidantă asupra acizilor grași polinesaturați la nivelul membranei.

Retinoizii

Sunt prezenți în legume și fructe. Aproximativ inactivi, 10% dintre ei sunt convertiți în interiorul organismului la vitamina A (retinol). Deci, ei sunt importanți

Scanned with OKEN Scanner

în prevenirea cancerului prin activitatea lor de provitamină A, ştiindu-se că vitamina A este necesară pentru menţinerea unei diferenţieri epiteliale celulare normale.

Prin administrare de retinoizi la om s-a prevenit cancerul pielii, cancerul pulmonar şi de vezică urinară.

Experimentele pe animal au arătat că ei pot preveni cancerul pielii, al ficatului, al glandei mamare şi al vezicii urinare.

Carcinogeneza celulară cuprinde trei etape:

1. etapa iniţială, în care au loc modificări ireversibile ce determină o mutaţie în genom în urma interacţiunii între A.D.N. şi carcinogen;

2. a doua etapă constă în transformarea celulelor în fenotipul tumoral;

3. a treia etapă, în care tumora devine malignă şi creşte rapid.

În cancerul de piele retinoizii din legume şi fructe ar încetini transformarea celulelor în fenotip tumoral.

Retinoizii sunt, de asemenea, imunostimulenţi.

La nivel molecular, retinozii ar modifica expresia genetică prin medierea proteinelor de legătură intracelulare şi a receptorilor nucleari.

Există cel puţin trei clase distincte de retinoizi, fiecare cu proprietăţi biochimice proprii, activi în prevenirea cancerului, şi anume:

- o clasă ce cuprinde retinoizi cu grup terminal carboxilic, care este activă în prevenirea cancerului de piele;

- o clasă ce cuprinde retinoizi cu grup hidroxil sau monopolar terminal, care este activă în prevenirea cancerului mamar;

- o clasă ce cuprinde retinoizi cu grup terminal amino, care este activă în prevenirea cancerului de vezică şi a cancerului mamar.

Retinoizii pot fi sau nu pot fi carcinogenspecifici la diferite specii. Ei au specificitate de ţesut prin efectele lor. Aşa cum s-a descris mai sus, ei pot preveni cancerul de piele, de cavitate bucală, de glandă mamară, pancreas şi vezică urinară. Nu pot fi folosiţi la om datorită toxicităţii lor, dar cercetările continuă pentru a găsi retinoizi mai efectivi şi mai puţin toxici.

Concludente sunt şi studiile care evidenţiază faptul că lipsa de fibre alimentare favorizează apariţia cancerului de colon. Se conturează în felul acesta rolul protector al dietei bogate în produse de origine vegetală, care, în afară de un conţinut ridicat în fibre alimentare, are şi un număr mare de inhibitori ai cancerogenezei, fenoli, indoli, izotiocianaţi aromatici, steroli, săruri de seleniu, acid ascorbic, tocoferoli şi caroteni.

d) *Interrelaţia lactobacil-cancer de colon*

Unele tipuri de *lactobacillus* pot coloniza tractul intestinal la om şi la animal.

β-glucoronidaza hidrolizează capătul glucoronid şi eliberează aglicone, care

ar acționa ca un procarcinogen. Astfel, nivelele crescute de enzime bacteriene în colon ca β-glucoronidaza pot duce la cancer de colon.

Diverse tipuri de *lactobacillus* și *bifidobacterium* sunt folosite în producerea iaurtului și a altor produse lactate fermentate.

Sherwood și colaboratorii săi au obținut o tulpină de *lactobacillus* numit *lactobacillus GG*, care poate coloniza tractul intestinal uman. Atunci când a fost administrat la om, el a determinat o scădere de 2-3 ori a activității enzimatice bacteriene. Pe de altă parte, folosirea unor tulpini utilizate la prepararea iaurtului convențional, cum sunt *lactobacillus bulgaricus* și *streptococus thermophilus,* nu determină nici o modificare a activității enzimatice bacteriene, probabil datorită incapacității de a coloniza intestinul uman. Deci, prin cercetări, se încearcă modularea activității enzimatice bacteriene intestinale prin constituenți alimentari cum este *lactobacillus GG*.

National Academy of Sciences (S.U.A.) a dat o serie de recomandări dietetice, bazate pe studii recente, privind corelația dietă-cancer. Se recomandă, în primul rând, să se reducă nivelul lipidelor din rație, *de la 40% din cantitatea calorică totală la 30%.* În acest scop, se propune să se consume o cantitate mai mică de alimente prăjite, să se prefere carnea slabă sau degresată, produsele lactate cu cantitate redusă de grăsime, diminuarea consumului de ulei, sosuri și deserturi foarte grase. Accentul principal se pune însă, pe consumarea unor cantități mari de fructe, legume și cereale integrale, care conțin o mare diversitate de factori anticarcinogeni.

2.3. Procese metabolice induse de alimentație

2.3.1. Alimentația și imunitatea

Malnutriția protein-calorică, după cum se știe, are ecouri profunde asupra stării de sănătate, inclusiv asupra imunității, mărind riscul față de infecții, durata, frecvența și gravitatea lor. La copii cu insuficiențe nutriționale marcante se înregistrează o dereglare a imunității celulare în decurs de câteva luni. Factorii principali ai imunocompetenței sunt considerați a fi proteinele, fierul (Fe), zincul (Zn), magneziul (Mg), acidul folic, vitaminele A, B_6 și E.

Statutul alimentar influențează răspunsul imun la mai multe nivele:

1. Dereglarea funcției de barieră a pielii și a mucoaselor depinde de deficitul de proteine, fier, vitamine (A, B_2, P, B_6, B_{12}) și folacină.

2. Reducerea imunității naturale celulare se înregistrează în deficiențele de folacină, Fe, Zn, vitamine (B_6) și în insuficiența proteino-calorică.

3. Reducerea sintezei anticorpilor apare în insuficiența de proteine, de vitamine A, B_1, B_2 ,B_6, și folacină.

Scanned with OKEN Scanner

4. Diminuarea sintezei lizozomiale apare în deficitul de vitamina A.

5. Micşorarea nivelului complementului, a properdinei, interferonului şi transferinei în toate formele de dezechilibre alimentare legate de inhibarea sintezei proteice.

6. Dereglarea fagocitozei în deficitul proteino-calcic, de folacină şi fier.

7. Întârzierea închiderii rănilor în carența de proteine, vitamina C şi zinc.

În acelaşi timp, şi excesul alimentar, în special cel caloric, influențează, în mod negativ, sistemul imunitar. Infecțiile sunt mai frecvente şi mortalitatea este mai mare la obezi. La aceştia se constată o diminuare a imunoglobulinelor, a imunității celulare, a fagocitozei şi a limfocitelor NK. Persoanele obeze prezintă o imunitate mai redusă, o creştere a îmbolnăvirilor respiratorii şi mai frecvente complicații post-operatorii.

În ultimul timp se caută să se trateze prin restricții alimentare o serie de maladii în care reacția imună este exacerbată. Astfel, în terapia astmului bronşic şi a eczemelor se foloseşte o dietă restrictivă, care determină o slăbire a reacției alergice prin diminuarea cantității de complexe imune circulante şi o modificare a raportului dintre limfocitele T supresoare şi ajutătoare mai sensibile la insuficiențele alimentare comparativ cu celulele B. Depresia alergiilor printr-o alimentație insuficientă în proteine şi energie se explică printr-o profundă dereglare a funcției imunocompetente a organismului. Totodată, restricțiile alimentare reduc fluxul de alergeni în organism.

În urma trecerii în revistă a principalilor factori nutritivi asupra sistemului imunitar se conchide că atât deficiențele cât şi excesele nutritive pot influența sistemul imunitar şi, ca urmare, prin alimentație se poate interveni profund în întreaga patologie umană, având în vedere implicațiile sistemului imunitar în asigùrarea stării de sănătate.

2.3.2. Alimentele ca sursă de peptide fiziologic active

Peptidele exercită efecte biologice complexe. Unele dintre ele pot fi clasificate în mai multe categorii:

1. *Hormoni propriu-zişi*, produşi de glandele cu secreție internă: pancreas endocrin, hipofiză, hipotalamus.

2. *Hormoni tisulari*, rezultați în urma acțiunii unor proteaze asupra unui precursor din țesuturi sau plasma sanguină: angiotensinkinina şi substanțe similare.

3. *Hormoni digestivi* produşi în special de celulele tractului digestiv, cu efecte asupra secreției apei şi electroliților: secretina, gastrina, enteroglucagonul şi alții.

4. *Polipeptide* implicate în procesul inflamator.

Scanned with OKEN Scanner

5. *Polipeptide* care participă la coagulare și fibrinoliză.

6. *Neuropeptidele* secretate de creier, cu un spectru larg de acțiune.

În ultimul timp se acordă un rol important proteinelor alimentare ca sursă de peptide fiziologice active. Una dintre peptidele ingerate o dată cu alimentele este L-*carnitina*. Sursele principale ale L-carnitinei sunt carnea și produsele lactate. Carnitina adusă în alimentație este absorbită ușor la nivelul intestinului. S-a identificat recent o proteină, care permite carnitinei să treacă prin membranele celulare. Deficitul primitiv de carnitină este responsabil de miopatii metabolice transmise genetic. Deficitul secundar s-a înregistrat la prematurii supuși unei alimentații parenterale prelungite, la cei care primesc o cantitate crescută de lipide, precum și la sugarii alimentați cu derivate din soia. Consecințele sunt grave, unul din rezultate fiind oxidarea defectuoasă a acizilor grași care se acumulează în citoplasmă, cu apariția manifestărilor clinice de miopatie. În cazuri de difterie, sub acțiunea toxinei difterice se înregistrează pierderi de carnitină, care se manifestă prin afecțiuni ale miocardului.

Administrarea experimentală de carnitină la animalele bolnave de difterie are un efect protector. Proteinele alimentare ca surse de peptide fiziologic active sunt cele provenite din lapte. Din hidrolizatul cu pepsină al K-caseinei s-a separat un nou peptid care provoacă în introducerea subcutanată modificări ale activității neuronale, analoage celor induse de acțiunea colecistokininei, și determină senzația de sațietate.

Peptidul reduce frecvența respirației și a palpitațiilor, având o acțiune asemănătoare *naloxanului*. Pe baza ionogramelor s-a constatat că acest peptid reprezintă un fragment din molecula de para-K-caseină. Rolul biologic al acestui peptid în alimentația sugarului pare a fi de a regla necesarul de lapte, astfel ca să se coreleze cu necesitățile de biosinteză ale sugarului fără a realiza o supraîncărcare a organismului. Din hidrolizatul de B-caseină s-au separat fracțiuni peptidice, care exercită o influență reglatoare asupra hematopoezei și asupra încărcării funcționale a sistemului nervos central. Unele dintre aceste peptide au activități opioide, fiind numite *β-cazomorfine*. Ele exercită o puternică acțiune asemănătoare morfinei asupra sistemului nervos central, influențând sensibil excitabilitatea neuronilor.

Efectele diverse și profunde ale peptidelor din lapte asupra organismului le caracterizează drept hormoni alimentari cu acțiune locală. Se apreciază că peptidele alimentare pot fi privite ca medii terapeutice de perspectivă în tratamentul patologiei gastroduodenale determinată de hipofuncția stomacului, pentru a diminua sensibilitatea la foame în condițiile dietei restrictive și, ca preparate de antistres.

Scanned with OKEN Scanner

2.3.3. Interacțiunea medicament-aliment

Alimentele pot interveni în farmacodinamica produselor medicamentoase printr-o acțiune farmacologică directă sau influențând prin propriul catabolism cele 4 etape clasice ale farmacocineticii (absorbția, distribuția, biotransfomarea, excreția).

Toate componentele rației (proteinele, lipidele, glucidele, vitaminele și mineralele) interacționează cu medicamentele, într-o măsură mai mare sau mai mică. Situația se complică și mai mult dacă se ține seama de faptul că poluarea mediului se reflectă printr-o creștere calitativă și cantitativă a poluanților produselor alimentare, care se metabolizează pe căi similare cu cele ale medicamentelor. O problemă specială o constituie metabolizarea medicamentelor la persoanele în vârstă și interacțiunea cu substanțele nutritive. Vârsta modifică numeroase funcții ale organismului, ceea ce se reflectă asupra farmacodinamicii medicamentelor. Un alt aspect al interacțiunii medicament-aliment este faptul că medicamentele pot produce o depleție a organismului în substanțe nutritive, proces care poate evolua pe mai multe căi: prin inducerea malabsorbției, interacțiunea cu substanțe nutritive sau hipersecreția nutrienților.

Agenții hipolipemianți, anticonvulsivantele, contraceptivele, antituberculostaticele, medicamentația antiparkinsoniană, antibioticele, agenții de chelare și antivitaminele pot determina o spoliere a organismului în substanțe nutritive. Ca urmare a carenței în vitamine și săruri minerale din pricina unui consum exagerat de medicamente, se subminează starea de sănătate, cu efecte negative și asupra urmașilor. Diferite tranchilizante, sedative, antibiotice, sulfonamide pot provoca deficiențe mai mari sau mai mici în vitamine și minerale, cu apariția de malformații la nou-născuți. Dintre aceștia, cel mai puternic efect îl exercită antagoniștii folatului, care pot avea o acțiune letală asupra embrionului, cu inducerea avortului. Alături de gravide, persoanele în vârstă reprezintă, de asemenea, o grupă importantă de risc. Diabeticii și subiecții cu afecțiuni ale tractului gastrointestinal prezintă deficiențe vitaminice sensibile, în urma efectelor de spoliere specifice ale medicamentelor.

În același timp, folosirea vitaminelor în megadoze poate induce efecte toxice, care se exprimă în mod diferit:

- vitaminele însăși sau metaboliții lor pot avea acțiune toxică;
- megadozele pot crea stări de dependență, care se traduc prin sindrom de carență când aportul se oprește;
- prescripția megadozelor vitaminice poate masca simptomele unor maladii curente;

Scanned with OKEN Scanner

- vitaminele manifestă interreacții cu medicamentele sau alte vitamine;
- utilizarea megadozelor de vitamine poate exercita efecte toxice prin acțiuni sinergice.

2.3.4. Implicațiile nutriționale și fiziologice ale consumului de alcool

Consumul de alcool poate cauza profunde dereglări metabolice, care se pot sintetiza ca un sindrom al celor 4D:

1. Dereglări ale metabolismului de oxidoreducere.
2. Depleție nutrițională.
3. Dereglare imunologică.
4. Distrugerea microflorei intestinale.

Toxicitatea alcoolului este mult potențată de prezența substanțelor de poluare și contaminare, care însoțesc în mod frecvent băuturile alcoolice: alcoolul metilic, alcoolii superiori, aminele biogene, pesticidele, nitrozoderivații, diferite metale grele, aditivii etc.

Metabolizarea alcoolului în ficat determină modificări profunde ale metabolismului celular și declanșează diverse forme de malnutriție primară și secundară cu efecte grave asupra întregului organism.

Depleția organismului în substanțe nutritive determină o sensibilitate mărită față de numeroase maladii, practic fiecare organ fiind afectat.

Hans Olov Adami și colaboratorii în studiul lor au căutat să arate riscul apariției cancerului hepatic primar la alcoolici, la cirotici hepatici sau la ambele categorii, în Suedia.

Alcoolul poate fi un carcinogen hepatic fie prin faptul că determină ciroza hepatică, fie prin faptul că riscul de apariție a unui cancer hepatic după o ciroză hepatică este găsit de autori similar sau mai crescut față de o populație cu hepatită cronică cu virus B.

H.B. Bueno de Mesquita și colaboratorii au efectuat un studiu în Olanda în perioada 1984-1988 pentru a evalua relația între consumul de alcool, cafea și carcinomul pancreatic exocrin, pe un număr de 176 cazuri și 487, subiecți de control și nu au observat o asociere pozitivă între acest consum și apariția cancerului exocrin pancreatic.

2.3.5. Restricțiile energetice ca factor profilactic

Excesul alimentar, specific în societățile industrializate, favorizează obezitatea, care reprezintă un factor de risc complex, deoarece produce dereglări

Scanned with OKEN Scanner

ale metabolismului glucidic şi lipidic, cu o scădere a rezistenţei organismului la diferiţi factori de mediu.

Studiile statistice au evidenţiat faptul că persoanele obeze au durata de viaţă mai scurtă, iar morbiditatea mult mai mare, în special prin afecţiuni cardiovasculare, renale, diabet etc.

Cercetările epidemiologice au dus la concluzia că restricţiile calorice nu numai că prelungesc durata de viaţă, dar determină şi o frânare a patologiilor specifice vârstei a treia. Regimurile hipocalorice inhibă apariţia bolilor cardiovasculare, pulmonare sau renale, diminuând frecvenţa maladiei canceroase.

Restricţiile energetice se reflectă şi asupra imunităţii, inhibând evoluţia proceselor autoimune, ceea ce îşi găseşte aplicare în special în frânarea glomerulonefritei.

Din punct de vedere practic, dietele hipocalorice se aplică cu rezultate bune într-o serie de boli metabolice, în special în obezitate, diabet şi maladii cardiovasculare. Restricţiile severe şi necontrolate pot însă provoca accidente grave, soldate uneori cu un sfârşit letal. Ca urmare, este recomandabil ca regimurile hipocalorice severe să fie aplicate cu mult discernământ.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Abastado Ph., *Cholestérol, maladie réelle et maladie imaginaire,* Institute Synthélabo pour le progress de la connaisance, Ed. P.U.F., Paris, 1998.

Abastado Ph., *La saga du cholestérol,* „Science et vie", nr.208, p.58, Paris, 1999.

Anderson John, *The role of nutrition in the functioning of skeletal tissue*, Nutrition Reviews, 1992, 50, 388-394.

Anatrella T., *Non a la société depressive,* Ed. Flammarion, Paris, 1995.

Byers Tim, Perry Gerladine, *Dietary carotenes vit.C, and vit.E as protection antioxidants in human cancers,* Ann.Rev.Nutr. 1992, 12, 139-159.

Carvilan B., *Selenium and thyroid, how the relationship was established,* Am.J.Clin.Nutr.Suppl. 1993, 57, 2445-3483.

Chappuis et Favier A., *Les oligoélements,* Ed. Lavoissier, Paris, 19[illegible]5.

Coaks S., Clock S., Coway J., *Analysis of ambulatory blood pressure dat.,* J.hypertens. 1991, 9, 19.

Coisne Sophie, *Fruits et legumes,* „Science et vie", nr.208, p. 74, Paris, 1999.

Connor W.E. and al., *Dietary cholesterol and fat and the prevention of coronary heart disease. Risks and benefits of nutritional changes*. In Hallgren B. et al., New York, Raven Press, 1986:113-147.

Contaldo F., *Plasma high density lipoprotein in severe obesity,* Atheroscleros., 1980, 37, 163-167.

Crombie I.K., *Unemployement socio environmental factors and coronary heart disease in Scotland,* British New Journal, 1989, 61, 172-177.

Scanned with OKEN Scanner

De Gennes J.L. et col., *Apoproteins et dyslipoproteinemies in: Journees de Diabetologie de l'Hôtel-Dieu,* Paris, 1987, 47-53.

De Long G. Robert, *Effects of nutrition on brain development in humans,* Am.J.Clin.Nutr.Suppl., 1993, 57, 2865-2905.

Drouin P., *Metabolism des lipoproteins chez l'homme sain,* Journées de diabetologie de l'Hôtel-Dieu, Ed. Flammarion, Paris, 1987, 23-45.

Edington J. and al., *Effect of dietary cholestérol on plasma cholesterol concentration in subjects following reduced fat, high fibre diet,* Br.Med.J., 1987, 294, 333-336.

Enstrom J., Kanim L., *Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population.* Epidemiology 1992: 3: 194-202.

Feskens E.J., Loeber J.G., Kromhout D., *Diet and physical activity as determinants of hyperinsulenimia*: the Zutphen Elderly Study Am. J. Epidemiol. 1994:140:350-360.

Freedom Y.T., *Is alcohol good for your health*? New Engl. J. Med., 1993, 321,1882.

Froguel Philippe, *Nutrition, les genes entrent en scene,* Science et vie, p.30, Paris, 1999.

Gustafsson J.B. and al., *Effects of lipid-lowering diets on patients with hyperlipoproteinemia,* J.Am.Diet Assoc., 1982, 80, 426-432.

Haddad G., *Manger et les rituels,* ed. Hachette, Paris,1984.

Hallstrom T., Cobb I., *Smoking as a risk factors for reccurence of sudden cardiac arrest,* New Engl.J.Med., 1986, 314, 271.

Scanned with OKEN Scanner

Herchberg Serge, *Ce que le science peut nous dire,* „Science et vie", p. 30, Paris, 1999.

Herchberg Serge, *Les français tels qu'ils mangent,* „Science et vie", nr.208, SU.VI.MAX - p.42, Paris, 1999.

Humble C.G., Malarcher A.M., Tyroler HA., *Dietary fiber and cornary heart disease in middle-aged hypecholesterolemic men.* Am.J.Prev.Med. 1993;9:197-202.

Hunninhake D.B., Miller V.T., LaRosa J.C. şi col. *Hypocholesterolemic effects of a dietary fiber supplement,* Am. J.Clin. Nutr. 1994: 59:1050-1054.

Iscovich K., L'abbe A., Castteleto R., *Colon cancer in Argentina II. Risk from fibre, fat, and nutrients,* Int. J.Cancer, 1992, 51, 858-861.

Kaplan M.H., *Multiple risk factors for coronary heart disease in pacients with hypertension,* Journ. Hypertens., 1995, vol.3, suppl.2, 77-81.

Katsan M.B., *Diet and NDL,* Amsterdam Elsevier, 1985, 105-31.

Keys A. and al., *Serum cholesterol response to dietary cholesterol,* Am.J.Clin.Nutr., 1984, 40, 351-459.

Khaw K.T., Barrett-Connor E., *Dietary fiber and reduced ischemic heart disease mortality rates in men and women: a 12-year prospective study,* Am.J.Epidemiol. 1987: 126: 093-1102.

Klein M., *The alpha tocopherol, beta - carotene cancer prevention study group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers.* N.England J.Med. 1994; 330;1029-35.

Scanned with OKEN Scanner

Mattson F.M. and al., *Comparision of dietary saturated, monounsaturated and polyunsaturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in man*, J.Lipid Res., 1985, 26, 194-202.

Mc Heidge D.J., Sowers R., *Obesity and cardiovascular disease synergy*, Medical Education ,1998, New York.

Merkmann P., Sandstrom B., Jesersen J., *Effects of total fat content and fatty acid composition in diet on factor VII coagulant activity and blood lipids*, Atherosclerosis., 1990: 80: 227-233.

Michel de Lorgeril, Patrick Salen, *Mediterraneene and the raith of cardiovascular complications,* „Circulation", 1999, 99, p.779-785.

Mincu I., Popescu A., Ionescu C., *Elemente de biochimie şi fiziologie a alimentaţiei*, Ed.Medicală, Bucureşti, 1985.

Moel G., Saverot - Dauvergne A., *Le status vitaminique,* Ed. Med. Internationale, Paris, 1998.

O.M.S., *Proiectul MONICA (Monitoring of trend and determination of cardiovascular disease)* ,1984, Franţa (Strasbourg, Lille, Toulouse).

O.M.S., *Raport sur la santé dans le monde,* Genève, 1995.

Parhami F., Fang Z.T., Fogelan A.M., Andalibi A. et col., *Minimally modified low density lipoprotein induced inflammatory responses in endothelial cells are mediated by cyclic adenosine monophosphate*, J.Clin.Invest 1993; 92:471-8.

Phillipson B.E. and al., *Reduction of plasma lipids, lipoproteins and apoproteins by dietary fish oils in patients with hypertrigliceridaemia*, New Engl. J. Med. 1985, 312, 1210-1216.

Scanned with OKEN Scanner

Poire A., Hock P., *Le quotidien de médecin du 18 mars 1998,* Communication Congres Dieteticien, Paris.

Pyorolak J., *Diabetes and atherosclerosis,* Metab. Rev.,1987, 3, 463-524.

Riemersma R.A., Wood D.A., Macintyre C.C.H. et col., *Low plasma vitamins E and C: increased risk of angina in Scotish men.* Ann NY Acad.Sci. 1989; 570; 291-5.

Roussel Anne Marie, *Des piéges à radicaux libre,* „Science et vie", nr.208, p.78, Paris, 1999.

Sachs F.M. and al., *Plasma lipids an lipoprotein in vegetarians and controls,* New England J.Med., 1975, 292, 1148-1451.

Shepherd J., *Lipid transport through the plasma the metabolic basis of hyperlipidemia,* Rev. Metabolism, 1987, 1, 495-514.

Shiro Hosoda, *The gastrointestinal tract and nutrition in the aging process: an overview,* Nutrition Reviews, 1992, 50 (12), 372-373.

Shuhei Kobayashi, *A scientific basis for longevity of Japanese in relation diet and nutrition,* Nutrition Reviews, 1992, 50 (12), 353-354.

Sophie Coisne, *Avec l'âge, la maladie renforce les carences,* „Science et vie", p.30, Paris, 1999.

Sophie Coisne, *Le secret du vin rouge,* „Science et vie", nr.208, p.68, Paris, 1999.

Stephens N.J., Parsons A., Schofield P.M., Kelly F. and al., *Randomised controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease*: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS), Lancet 1996; 347:781-6.

Verlangier A.J., Kapeghian J.C., Dean S., *Fruit and vegetable consumption and cardiovascular disease mortality,* Med.Hypotheses ,1985; 16:7-15.

Scanned with OKEN Scanner

Vessby B. and al., *The effects on lipid and carbohydrate metabolism of replacing some animal protein by son-protein in a lipid-lowering diet for hypercolsterolaemie.* Patients human nutrition, applied nutrition, 1982, 36 A, 179-189.

Waysfeld Bernard, *L'univers de l'aliment. Le government du corps,* „Communications", nr.56, vol.26, ed. Seuil, Paris, 1999.

Williams R.J., Motteram J.M., Sharp C.H., *Dietary vitamin E and the attenuation of early lesion development in modified Watanable rabbits.* Atherosclerosis 1992: 94: 153-9.

Zavaroni I., Dall' Aglio E., *Evidence the multiple risks factors for coronary artery disease,* Am.J.Med., 1987, 83, 609.

Scanned with OKEN Scanner

„La santé c'est la silence des organes"
René Leriche (1879 - 1955), chirurg francez

CAPITOLUL III

ATEROSCLEROZA (ATS) CA REZULTANTĂ A PERTURBĂRILOR METABOLISMULUI INTERMEDIAR. RELAȚIA ALIMENTAȚIE-ATEROSCLEROZĂ. RADICALII LIBERI

Fără oxigen organismul uman nu poate trăi. Oxidările intracelulare convertesc principiile nutritive în energie. Sub această formă hiperactivă, cunoscut sub numele de „radicali liberi", oxigenul poate deveni un toxic celular redutabil.

Pe baza cercetărilor din ultimele decenii, numărul de boli asociate cu îmbătrânirea, respectiv cancerul, ateroscleroza, coronarita, declinul sistemului imunitar, sunt favorizate de dezechilibrul dintre producția de radicali liberi a oxigenului şi capacitatea antioxidantă a organismului (stresul antioxidant).

3.1. Patogeneza cardiopatiei aterosclerotice

Patogeneza cardiopatiei aterosclerotice se prezintă astfel:

1. Nivelul crescut de TC[1] şi LDL[2] predispune la dezvoltarea CHD[3].
2. LDL este oxidat de radicalii liberi.
3. LDL oxidat activează diferențierea şi migrarea macrofagelor.
4. Macrofagele fagocitează LDL oxidat şi creează celulele spumoase.
5. Celulele spumoase se necrozează sub influența stresului oxidativ continuu.
6. Conținutul toxic al celulelor spumoase se elimină în intimă.
7. Răspunsul inflamatoriu rezultat măreşte suprafața de legătură a monicitelor şi macrofagelor la celulele endoteliale (prin stimularea interleukin - 1 β).
8. Rezultanta neointimală şi proliferarea celulelor netede musculare duc la formarea plăcii ateromatoase.
9. Hiperinsulinemia şi hipertrigliceridimia se asociază cu creşterea nivelului activității plasminogen tip 1 şi secundar la hipercoagulabilitate.

---

[1] Colesterol total.
[2] Low Density Lipoproteins.
[3] Coronary Hearth Disease

Scanned with OKEN Scanner

10. Hiperhomocisteinemia expune locurile de legătură de pe lipoproteină la fibrină, conducând la hipercoagulabilitate.

În acest context, să lămurim deci, despre ce este vorba: în cursul desfăşurării proceselor de oxidare intracelulară, o mică cantitate de oxigen scapă metabolismului şi reacţiilor de reducere care duc la formare de apă şi, printr-un electron adăugat, se transformă în radical hiperactiv. Producerea de radicali liberi ai oxigenului este fiziologică, necesară metabolismului intermediar. Principalii radicali liberi sunt: oxigenul hiperactivat (O_2^{o-}) radicalul hidroxil (^oOH) şi apa oxigenată (H_2O_2). Excesul lor devine, însă, nefast şi cu atât mai mult când se adaugă radicali liberi exogeni (ozon) (după Roussel).

Radicalii au în comun un electron sau mai mulţi (inoperanţi).

Activitatea chimică a acestor electroni creşte. Agresivitatea radicalului duce la oxidarea unor molecule biologice (lipide, glucide, proteine, acizi nucleici), provocând o reacţie în lanţ, care dă naştere altor radicali, zişi secundari. Aceştia alterează funcţia celulară. „Astfel, oxidarea duce la scăderea permeabilităţii membranare; cea a proteinelor la fragilitatea moleculară, cea a glucozei la formarea A.G.P. (Advanced Glycosylation and Products). Acumularea lor pe proteinele de structură (colagenul) duce la pierderea elasticităţii tisulare a peretelui vascular sanguin." De asemenea, ei modifică structura A.D.N.-ului (acid dezoxiribonucleic). Oxidarea A.D.N.-ului accelerează mutageneza, carcinogeneza, îmbătrânirea şi mortalitatea celulară.

Acumularea intracelulară a radicalilor se află la originea multor maladii degenerative, inclusiv îmbătrânirea. Funcţia lor nocivă este blocată, în parte, de factori de protecţie fie *endogeni* (catalaze, glutation peroxidaza, glutation transferaza) sau micronutriente alimentare şi molecule nimite *scavengers* (acid uric, bilirubină, glutation) care îndepărtează radicalii şi anumiţi antioxidanţi alimentari, cum ar fi vitamina E, vitamina C, polifenoli, oligoelemente (zinc, seleniu) şi minerale (magneziu) (Roussel).

3.1.1 Hipercolesterolemia şi ateroscleroza

Nu se poate înţelege acţiunea negativă a radicalilor liberi în metabolism şi rolul lor aterogen fără a vorbi de rolul lor în patogenia aterosclerozei (ATS) şi deci, în producerea bolilor cardiovasculare.

În lucrări foarte recente, Philippe Abastado (*Cholestérol, maladie réelle et maladie imaginaire*, P.U.F., Paris,1998; *La saga du cholestérol*, „Science et vie", nr.208, p. 50, Paris, 1999) face o expunere exhaustivă a interrelaţiei colesterol-ATS.

Colesterolul a fost descoperit în anul 1815 de către chimistul francez Michel Eugène Chevreul (1786-1889), în calculii biliari.Patologul austriac

Karl von Rokitansky (1804-1878) în anul 1846 şi anatomo-patologul german Rudolf Virchow (1821-1902) în anul 1856 l-au reperat în leziunile arteriale. Peste 4/5 din aterom este format din lipide , mai ales colesterol esterificat - 50% sau liber - 25%, aşa cum a descoperit chimistul german Adolf Otto Reinhold (1876-1959), laureat al Premiului Nobel (1928), care a stabilit în anul 1932 structura colesterolului. În aceeaşi perioadă, ruşii Nikolai Anicikov (1885-1964) şi Anton Ignatovschi au provocat un aterom experimental la iepuri, dându-le gălbenuş de ou (100 g gălbenuş crud - 348 kcal, 31,9 g grăsimi, respectiv 1 260 mg colesterol).

Studiul epidemiologic de debut a fost făcut în anul 1915 de Victor R. Langen care şi fixează corelația între colesterol şi ateroscleroză.

În anul 1909, doi medici de la asigurarea americană de sănătate „Symonds" anunță că excesul de greutate scade speranța de viață. În 1923 se creează noțiunea de greutate ideală, în raport cu sexul, vârsta şi înălțimea.

Al doilea război mondial furnizează ocazia de a verifica anumite interrelații alimentație-ateroscleroză. Înainte de război, populația din Peninsula Scandinavă şi S.U.A. prezenta o mortalitate cardiovasculară mult mai ridicată ca în Occidentul contemporan. În timpul războiului mortalitatea scade considerabil în Norvegia, Suedia şi Finlanda. În schimb, în S.U.A. mortalitatea cardiovasculară rămâne stabilă. Relația dintre consumul de unt, lapte şi ouă (grăsimi animale) pare evidentă.

Studiul făcut la Capetown în Africa de Sud (în anul 1955) confirmă influența nefastă a grăsimilor alimentare. Aici conviețuiesc trei comunități: negrii Bantu, cu o mortalitate prin boli cardiovasculare foarte scăzută; metişii, cu o mortalitate intermediară şi europenii, a căror mortalitate este dublă față de cea a metişilor. Colesterolemia era: la negrii Bantu - 1,77 g/l; la metişi - 2,04 g/l, iar la europeni - 2,34 g/l. Mortalitatea este corelată cu consumul de grăsimi animale.

Studiul cheie efectuat în 7 țări este publicat în 1970 de Ancel Keys. Incidența patologiei cardiovasculare este evaluată pe 12 770 bărbați cu vârsta cuprinsă între 40 şi 59 ani.

Rezultatele au fost următoarele: un gradient de mortalitate crescândă de la sud la nord. Gradientul de mortalitate nu era influențat de tutun (procentajul fumătorilor fiind acelaşi), acesta oscilând între 43% (Italia) şi 59% (Japonia).

Nu pare legată de sedentarism (minim în Japonia, maxim în Italia), nici de supragreutate ponderală (minim în Japonia, maxim în Italia). Frecvența aterosclerozei este strict legată de nivelul colesterolului superior valorii de 2,5 g/l. Frecvența aterosclerozei depinde, de asemenea, de procentajul de acizi graşi saturați din rația calorică.

Se probează astfel responsabilitatea regimului hipercaloric.

Având în vedere disparitatea geografică, s-a evocat factorul etnic. În anul 1958 Ancel Benjamin Keys demonstrează că acesta este un factor accesoriu. Japonezii

Scanned with OKEN Scanner

stabiliţi în Hawaii, evreii din Yemen emigraţi în Israel demonstrează acest lucru. Ei prezintă aceeaşi mortalitate cu cea a popoarelor în mijlocul cărora trăiesc.

O altă anchetă este cea de la Framingham, oraş situat la 30 km de Boston. Studiul a debutat în anul 1948 (2 282 bărbaţi şi 2 845 femei, cu vârsta între 30 şi 62 ani). Mortalitatea cardiovasculară este crescută la subiecţii având vârsta sub 50 de ani (peste această vârstă sunt multe interferenţe).

Principalele elemente de risc sunt alimentaţia, tabagismul, lipsa exerciţiului fizic.

Un studiu efectuat sub egida O.M.S., publicat în 1978 (pe 10 627 bărbaţi cu vârsta cuprinsă între 30 şi 59 de ani, supuşi unui tratament hipocolesterolemiant şi clofibrat reduce colesterolul şi, de asemenea, mortalitatea prin boli cardiovasculare cu 20%.

Studiul WOSCOP efectuat în vestul Scoţiei şi publicat în anul 1995 defineşte interrelaţia dintre hipercolesterolemie şi ateroscleroză.

La cei care după regim păstrează un colesterol de peste 2,5 g/l (6 595 bărbaţi cu vârsta între 45 şi 64 ani) li s-a administrat Pravastatin timp de 5 ani.

Lipidele scad la grupul tratat şi asistăm la o diminuare şi a mortalităţii cu 31% prin boli cardiovasculare (246 morţi placebo faţă de 174 printre cei trataţi).

Mortalitatea globală se reduce cu 22%.

Se reduce şi infarctul nemortal cu 28% şi mortalitatea prin boli cardiovasculare globală cu 32%.

Acest tratament evaluat economic înseamnă că la 1 000 de bolnavi de vârstă medie se evită: 14 coronarografii, 8 intermedieri de revascularizare, 20 infarcte nemortale şi 7 decese prin boli cardiovasculare şi alte două, de origine necardiacă (Ph. Abastado şi col., *op. cit.*; *La saga du cholestérol*, „Science et vie" nr.208 , p.59, Paris, 1999).

Americanii, în anul 1960, prin N.H.I. (National Heart Institute), cu un buget de 15 milioane de dolari primiţi din partea Congresului american (şi dublat la 2-3 ani, până în anul 1963) au încercat să introducă programul de prevenire a aterosclerozei; rezultatele efectuate pe 6 000 oameni, timp de un an de zile, au fost însă, neconcludente.

În anul 1967 programul a fost abandonat.

Dar, începând cu anul 1970 în S.U.A. şi din anul 1975 în ţările Europei Occidentale, prevalenţa maladiilor cardiovasculare scade semnificativ, de la an la an. Începând din aceşti ani măsurile dietetice sunt adoptate de populaţie, consecinţă a educaţiei medicale (consumul de grăsimi saturate este în scădere, precum şi consumul de ouă, carne, lapte nedegresat , unt etc). S-a demonstrat, astfel, rolul alimentaţiei în prevenirea aterosclerozei (bolile cardiovasculare scad de la 900 cazuri în Finlanda şi S.U.A. şi 800 de cazuri în Franţa, Anglia, Germania, la 400 de cazuri în Europa Occidentală şi sub 330 de cazuri în S.U.A.).

Scanned with OKEN Scanner

În studiul cercetătorilor francezi intitulat *Lyon Health Study* (Michel de Lorgeril,Patrich Salen et col., *Mediterranean diet and the rate of cardiovascular complications*, „Circulation", 1999, 99, p. 779-785) se demonstrează beneficiul dieteticii mediteraneene bogat în ulei de rapiță și ulei de măsline. Prin acest studiu se subliniază aspectul calitativ față de cel cantitativ și rolul acizilor grași, zișI esențiali (nesaturați și polinesaturați și anume: acidul linolenic, acidul linoleic și acidul arachidonic) în nutriția preventivă. Acizii grași esențiali lipsesc din metabolismul nostru și sunt aduși prin alimentație. Autorii consideră uleiul de rapiță ca fiind panaceu. Acizii grași saturați trebuie să reprezinte 25% din cantitatea calorică de lipide, acizii grași mononesaturați (oleic) reprezintă 50%, iar acizii grași polinesaturați trebuie să reprezinte 25% din lipide (respectiv acidul linolenic și acidul linoleic).

Un consum de acizi grași esențiali corespunzător scade LDL-colesterolul și previne ateroscleroza.

Cercetările franceze completate de studiul MONICA (O.M.S., 1984, *Monitoring of trend and determinant of cardiovascular disease*) au pus în evidență așa-numitul paradox francez: în orașul Lille colesterolemia medie este 2,58 g/l, la bărbați cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 de ani. La Belfast valorile medii sunt 2,38 g/l, la un lot asemănător. Mortalitatea în orașul Belfast (370 morți anual /100000 locuitori) este aproape triplă față de cea înregistrată în orașul Lille, unde mortalitatea este de 120 morți anual/100 000 locuitori). Consumul de pește oceanic, ulei, măsline și consumul moderat de vin roșu (două pahare consumate zilnic la masă) previne ateroscleroza. Trebuie avut în vedere că în componența vinului există polifenoli (care nu există în băuturile tari cum ar fi whisky-ul, lichiorurile), și anume 2 g/l în vinul roșu și 0,2 g/l în vinul alb. Deosebit de important pentru prevenirea aterosclerozei este Resveratrolul, identificat în plante din farmacopeea chineză. Robert Bessis (INSERM - Dijon) consideră că resveratrolul are un rol deosebit în prevenirea bolilor cardiovasculare. Resveratrolul este foarte ușor de obținut. Denis Blache (INSERM - Dijon, 1999) consideră că acesta acționează pe LDL-colesterol, împiedicând fixarea acestuia pe receptorul specific, ce conduce la pentrerarea subendotelială și formarea plăcii de aterom.

Fixarea LDL-colesterolului pe macrofage și pătrunderea acestora în peretele vascular pentru a forma ateromul este blocată.

Resveratrolul este un antioxidant de 20-50 ori mai puternic decât vitamina E.

De asemenea, acționează pe trombocite (care sunt activate de tutun, diabet, hipertensiune), împiedicând aderarea acestora la peretele vascular. Se inhibă agregarea plachetară.

Scanned with OKEN Scanner

Recent, s-a observat că resveratrolul evita mutația A.D.N.-ului de origine tumorală, activând sistemul de detoxifiere celulară. Inhibă, de asemeni, două enzime ce favorizează multiplicarea celulară tumorală (Pezzato).

De aceea, în Franța se înregistrează mai puțin de jumătate din numărul crizelor întâlnite în S.U.A. la factori de risc identici. Mortalitatea globală prin boli cardiovasculare în Franța este inferioară cu 10% față de mortalitatea prin același tip de boli întâlnită în S.U.A., ea fiind cu 15% mai scăzută decât mortalitatea înregistrată în Germania și cu 21% mai scăzută față de cea înregistrată în Scoția (Serge Renaud, *Wine, alcohol, platelets and the French paradox*, Lancet, 1992, 339, p.1525).

În anii '80, numeroase studii cu durata de la 2 la 22 ani, care implicau peste 1 000 000 de oameni, citează efectul alcoolului asupra mortalității coronariene la băutorii moderați, care consumă sub 36 g alcool pe zi, adică 1/3 sticlă vin sau 1/10 dintr-o sticlă cu whisky. Aceasta este cu 20% mai mică decât la nebăutori. Un studiu efectuat în localitatea Oakland (S.U.A.) pe 128 900 persoane timp de 7 ani, arăta în final, în anul 1992, că la consumatorii de 1-2 pahare vin pe zi, protecția este cu 30-40% superioară față de cea a consumatorilor de băuturi spirtoase. În anul 1995, un studiu efectuat în Danemarca pe 12 000 indivizi confirma aceste rezultate.

3.1.2 Patogenia leziunilor acute coronariene

Boala coronariană este încă responsabilă în S.U.A. de mortalitatea a peste 550 000 indivizi anual. Boala coronariană „simptomatică" cuprinde 5,4 milioane americani (pe lângă multe alte cazuri nediagnosticate); sunt peste 640 000 cazuri spitalizate anual. Cheltuielile directe sunt estimate la peste 8 miliarde dolari, iar cheltuielile totale depășesc 60 de miliarde de dolari anual (National Heart Institute - Yama 253, 14, 2080-2086, 1985). În anul 1998 asistăm la o scădere a mortalității prin boli cardiovasculare sub 280/100 000 în S.U.A. față de 330/100 000 (*New England Journal of Medicine*, september 1998).

Studiile de mai sus demonstrează rolul hipercolesterolemiei în patogenia aterosclerozei și deci a bolii coronariene. LDL (Low Density Lipoproteins) sunt la originea plăcii de aterom de pe peretele vascular. O hipercolesterolemie de peste 220 mg%, la persoanele cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani, crește riscul bolilor coronariene. La sugarii cu vârsta de o lună colesterolemia este de 120 mg%, aceasta ajungând în primul an de viață la 175 mg%. Apoi colesterolemia crește până în jurul vârstei de 50 de ani, aceasta asociindu-se cu creșterea LDL și VLDL (*Very Low Density Lipoproteins*), care este bogat în trigliceride. La persoanele de sex feminin asistăm la o creștere a valorilor colesterolemiei după

Scanned with OKEN Scanner

vârsta de 50 de ani, acestea fiind apărate de secreția hormonală de estrogeni, în perioada vieții active sexuale. Media colesterolemiei la vârsta medie a adulților în S.U.A. este 215 mg/l. Peste cifra de 240 mg% colesterolemia se consideră patologică. În S.U.A. colesterolemia ce depășește cifra de 260 mg% se întâlnește la 30% dintre bărbați cu vârsta între 45-55 ani.

Prin oxidare LDL stimulează chemiotactic monocitele și favorizează legătura acestora la endoteliul vascular; străbătând endoteliul, monocitele ajung în spațiul subendotelial. LDL oxidat este citotoxic pentru celulele vasculare, stimulând eliberarea de enzime lizozomiale în spațiul extracelular, provocând astfel leziunea inițială de ateroscleroză. Modificarea oxidativă a LDL pare să aibă un rol important în „foam-cell formation".

Acțiunea antioxidanților blochează acest fenomen. Studii recente arată abilitatea acestor antioxidanți în prevenirea aterosclerozei la animale. Prin utilizarea experimentală de probucol - medicament folosit în S.U.A. ca hipocolesterolemiant - se obține un efect antiaterogenetic, care se datorează mecanismului antioxidant al probucolului. La iepurii tratați cu probucol LDL este mai rezistent la acțiunea de oxidare. Astfel, la maimuțele hrănite cu cantitate mare de colesterol probucolul previne apariția aterosclerozei, în raport cu lotul martor.

Același lucru se obține și cu alte antioxidante (vitamina E, vitamina C etc.).

Deci, antioxidantele inhibă dezvoltarea aterosclerozei și crește rezistența LDL la oxidare.

* *
*

Supraalimentarea cu antioxidanți la om (α-tocoferol) se asociază cu o creștere a rezistenței LDL-colesterolului la modificările oxidative. Vitamina C este de asemeni un protector atunci când este încorporată în LDL-colesterol (întrucât este solubilă în apă și nu în lipide).

Deși și la om suplimentarea cu antioxidant lipid-solubile protejează împotriva agresivității LDL-colesterolului, nu acesta este principalul responsabil de reducerea clinică a manifestărilor aterosclerozei.

În cercetările lui Stacy (1983) leziunile produse de ateroscleroză erau prezente la autopsie pentru că ele debutau din perioada copilăriei. Cercetările efectuate la Cambridge (Stephens, 1996) confirmau radiografic observațiile lui Stacy.

În urma experimentelor făcute pe animale s-a ajuns la concluzia că introducerea la vârstă timpurie a antioxidantelor concomitent cu dieta blochează oxidarea LDL-

Scanned with OKEN Scanner

colesterolului şi instalarea leziunilor produse de ateroscleroză. La om nu este posibilă introducerea în masă, din copilărie, a tratamentului cu antioxidanţi.

Totuşi, introducerea antioxidanţilor limitează expresia clinică a bolii coronariene prin regresia şi încetinirea progresului leziunilor provocate de ateroscleroză. Relaţia dintre antioxidanţi şi progresia leziunilor coronariene a fost investigată de Hodis (1995) după administrarea de colestipol şi niacin la pacienţii cu by-pass (administrarea s-a asociat cu peste 100 unităţi vitamina E/zi).

S-a determinat angiografic după doi ani de tratament. S-a observat că reducerea semnificativă a LDL- colesterolului se însoţeşte de inhibiţia progresivă a leziunilor ATS. Suplimentarea cu antioxidanţi liposolubili creşte rezistenţa la oxidarea LDL. Totuşi, nu s-a stabilit precis relaţia cauză-efect între rezistenţa LDL la oxidare şi potenţialul benefic al antioxidantelor şi expresia clinică a aterosclerozei. Dacă creşterea rezistenţei LDL la oxidare este necesară şi suficientă să limiteze ateroscleroza şi expresia sa clinică atunci suplimentarea cu antioxidante se poate asocia cu efecte obiective pe ateroscleroză: reducerea leziunilor existente şi a stenozelor coronariene.

* *
*

În ciuda faptului că o creştere a rezistenţei LDL-colesterolului la oxidare are un rol de reducere a frecvenţei crizelor cardiace, scepticismul asupra acestei ipoteze este mare pentru că, mai multe studii recente cu „Low colesterol diet", colestiramină şi probucol, n-au dus la scăderea aterosclerozei în artera femurală mai mult decât la cei care primeau numai colestiramină.

Aceasta arată că simpla modificare a LDL-colesterolului la oxidare nu este suficientă pentru reducerea aterosclerozei.

Boala coronariană nu înseamnă numai dezvoltarea plăcii de aterom, ci şi ruptura acestei plăci, vasoconstricţia, tromboza locală cu rezultate de obstrucţie totală sau parţială a arterei femurale. Ruptura plăcii nu este legată de numărul de plăci (Levine, 1995).

Unii antioxidanţi pot să limiteze expresia clinică a aterosclerozei prin stabilizarea plăcii de ateroscleroză mai degrabă decât prin scăderea numărului lor. Faptele demonstrează că modularea oxidării LDL-colesterolului sau a componentelor vasculare are implicaţii importante asupra unor evenimente ca: ruptura plăcii, vasoconstricţie, tromboză. Deci, este necesară o separaţie a efectelor antioxidante pe LDL-colesterol de activitatea pe peretele vascular coronarian.

Scanned with OKEN Scanner

* *
*

LDL-colesterolul oxidat este toxic pe celulele vasculare (Morel, 1993). Potența citotoxicității LDL-colesterolului oxidat este legată de produsele de peroxidare ale lipidelor: inhibiția oxidării LDL limitează citotoxicitatea LDL-colesterolului pe peretele vascular. De fapt, suplimentarea orală cu α-tocoferol crește rezistența LDL-colesterolului oxidat pe celulele endoteliale (Blecher, 1993). Aceste constatări sunt de-o relevanță particulară în dezvoltarea bolii acute coronariene. Debriurile necrotice se asociază frecvent cu ruptura plăcii ATS. Eliberarea de enzime proteolitice de către macrofagele necrozate alterează integritatea structurală a plăcii de aterom, făcând placa mai vulnerabilă la ruptură (Falk, 1992). Denudarea endotelială indusă de LDL oxidat poate duce la un important „*trigger*" al trombozei coronariene în boala coronariană acută.

* *
*

Acumularea de LDL- colesterol oxidat în peretele vascular în cursul aterogenezei deteriorează funcția endoteliului vascular. Normal, endoteliul vascular previne adeziunea leucocitelor, a plachetelor şi spasmului vascular, în parte prin eliberarea unui derivat endotelial, nitric oxid. Oxidarea LDL- colesterolului împiedică eliberarea de „nitric oxid" în arterele normale (Chin, 1992; Kugiyan, 1993).

Aceste descoperiri arată că „G Protein-dependent" nu mai stimulează eliberarea de oxid nitric prin peroxizii lipidici produşi de LDL-colesterolul oxidat. Astfel, în prezența LDL-colesterolului oxidat acțiunea fiziologică a „nitric oxid" este blocată. Acest fapt duce la agregare şi adeziune plachetară şi la vasospasmul întâlnit în boala coronariană acută.

Administrarea de antioxidant LDL-colesterol previne aceste fenomene la pacienții respectivi.

Concluzia este că blocarea oxidării LDL-colesterol se asociază cu un număr de efecte vasculare manifestate prin reducerea activității clinice a bolii coronariene (reducerea rupturii plăcii, a adeziunii plachetare, a vasospasmului). De aceea antioxidantele reduc expresia clinică a bolii coronariene fără afectarea profundă a dezvoltării leziunii ATS (Stephens, 1996).

Bioantioxidanții prezintă o mare diversitate, clasificarea lor fiind făcută după solubilitate, mecanismul de acțiune şi din punct de vedere chimic.

Scanned with OKEN Scanner

După mecanismul de acţiune al substanţelor care inhibă formarea peroxizilor lipidici se deosebesc:

1. inhibitorii antiradicali - în primul rând, compuşii fenolici;
2. antioxidanţi care descompun peroxizii - compuşii cu sulf;
3. inhibitori care inactivează oxigenul - singlet tocoferoli şi carotenoide.

Prin acţiunea lor bioantioxidanţii au implicaţii profunde îm sanogeneză.

* *
*

Reducerea, la animale, a derivaţilor endoteliali de „oxid nitric" poate fi prevenită prin administrarea de α-tocoferol, β-caroten şi probucol, produşi care cresc rezistenţa LDL-colesterolului la oxidare.

Efectele antioxidante pe funcţia vasculară se observă pe componentele acumulate în peretele vascular. De exemplu, scăderea acţiunii de mediere a relaxării oxidului nitric pe peretele arterial la iepurii cu alimentaţie bogată în colesterol se datorează creşterii producţiei de superoxizi ce inactivează oxidul nitric. Tratamentul cu probucol previne producţia de superoxizi ce împiedică relaxarea.

α-tocoferolul apără funcţia vasculară.

Încorporarea de α-tocoferol în peretele vascular previne oxidarea LDL- colesterolului prin reducerea relaxării de „nitric oxid".

Oxidarea LDL deteriorează eliberarea de „nitric oxid" de către celulele endoteliale, prin stimularea protein-kinazei C; acumularea de α-tocoferol în celulele endoteliale previne acest efect.

În leziunile acute ale aterosclerozei, monocitele şi macrofagele eliberează metaloproteinoze, care dregradează componentele matrixului extracelular, slăbind placa ateromatoasă şi crescând ruptura. Peste 98% dintre pacienţii cu tromboză coronariană curentă au un trombus în lumenul arterial în directă comunicare cu macrofagele din regiunea plăcii.

Prezenţa macrofagelor în această regiune se face prin creşterea adeziunii moleculare. Spre exemplu, celulele endoteliale nu leagă normal monocitele. Stimularea lor cu interleukin 1β duce la legătura monocitelor cu suprafaţa celulară. Monocitele stimulate cu α-tocoferol aderă mai puţin decât cele nestimulate.

Deci α-tocoferolul inhibă adeziunea monocitelor la endoteliu, producându-se stabilitatea plăcii.

Scanned with OKEN Scanner

* *
*

Celulele ce conțin antioxidant acționează pe LDL-colesterol oxidat. Celulele endoteliale și macrofagele încărcate cu α-tocoferol sau probucol sunt rezistente la efectele citotoxice ale LDL-colesterolului oxidat.

Plachetele cu rol important în patogeneza ATS și trombozii coronariene, suplimentate cu α-tocoferol, inhibă acțiunea plachetelor.
Administrarea a 400-1 200 u.i. α-tocoferol pe zi/ 2 săptămâni/ la normal se asociază cu activarea plachetelor la acțiunea acidului arachidonic. Inhibiția proteinkinazei C stimulată de α-tocoferol previne proliferarea „smooth muscle cells".

Restenozarea după angioplastia arterială coronariană cu balon este blocată în 47% din cazuri prin administrare de probucol. Această acțiune este dependentă de tratarea cu probucol înainte cu 30 de zile de operație.

Concluzii

Studiile epidemiologice certifică relația inversă dintre bolile arterelor coronariene și *administrarea de antioxidant și vitamina E suplimentară*. Ipoteza implicării modificărilor oxidative în reducerea aterosclerozei este rezultatul producerii de LDL-colesterol rezistent la oxidare, *însă legătura dintre reducerea oxidării LDL-colesterol și reducerea aterosclerozei este problematică*. Sunt și alți factori importanți care ajută antioxidantele în prevenirea clinică a aterosclerozei.

Administrarea antioxidanților sintetici pe termen lung este constroversată și neindicată. În schimb, consumul preferențial al unor alimente bogate în antioxidanți naturali se conturează ca fiind o cale sigură și eficientă.

Există însă probe că stabilitatea plăcii, funcția vasomotorie și tendința la tromboze sunt modificări specifice antioxidantelor (ex: antioxidantele inhibă adeziunea monocitelor, protejează împotriva efectului citotoxic al oxidării LDL-colesterolului și inhibă activarea plachetelor). Mai mult, antioxidantele protejează împotriva disfuncției endoteliale asociată cu ateroscleroza, *prevenind activitatea „endotelium-derived nitric oxide". S-ar părea că aceste mecanisme au un rol important în beneficiul antioxidantelor.*

Scanned with OKEN Scanner

3.2. Alimentele ca factori antioxidanți

Factorii exogeni antioxidanți, alimentari, depind de cantitatea de aliment ingerată și de densitatea nutrițională a mesei. Un consum scăzut de fructe, legume și cereale este dăunător. La 1 500 Kcal/zi trebuințele noastre în micronutriente sunt nesatisfăcute. La fel, prelucrarea industrială a alimentelor (făina albă, conservarea îndelungată a fructelor și legumelor sărăcesc conținutul în antioxidanți. Fibrele din tărâțe, ingerate pentru facilitarea tranzitului intestinal, sărăcesc absorbția de zinc și cupru. Produsele lactate, indicate corect pentru bogăția în calciu, perturbă, la femeia ce se află la menopauză, absorbția de zinc ingerată simultan. Și fierul, în doză farmacologică, reduce biodisponibilitatea zincului.

3.2.1. Micronutrientele aduse prin alimentație cu rol antioxidant

Vitamina E, termen generic prin care se grupează *tocoferolii,* este cel mai puternic antioxidant. Ea acționează cu radicalii peroxil (ROO) (care sunt sintetizați în membrane) pentru a forma un radical tocoferal mai stabil și protejează membranele celulare și lipoproteinele. De asemenea, formează un factor important de prevenire a cancerului și a maladiilor cardio-vasculare. O scădere a cantității de vitamina E ingerată creşte riscul de maladie coronariană. Crește riscul de angor pectaris cu 2,68 la persoanele cu concentrații scăzute de tocoferol.

Acțiunile vitaminei E sunt următoarele:

1. Blochează radicalii liberi din lanțul reacțiilor ce distrug celulele.
2. Blochează oxidarea LDL-colesterol.
3. Previne atacurile cardiace acute.
4. Blochează acțiunea negativă a grăsimilor pe celulele vasculare.
5. Reface funcția imunitară.
6. Previne apariția cancerului și blochează multiplicarea celulelor canceroase.
7. Protejează celulele cerebrale de maladii degenerative.
8. Previne instalarea cataractei și a degenerescenței maculare.
9. Acționează pozitiv pe claudicația intermitentă a membrelor inferioare și scade durerea.

Aportul nutrițional indicat zilnic este 12 mg. Principalele surse sunt uleiurile vegetale, consumul de vitamina C. Vitamina E potențează acțiunea. Efectul antioxidant al vitaminei E pe lipoproteine necesită doze de 150-300 u.i./zi (această doză nu este nutrițională și poate duce la accidente vasculare).

Vitamina C are o puternică acțiune antioxidantă și regenerează vitamina E.

Scanned with OKEN Scanner

Are un efect imunostimulent. Aportul zilnic recomandat este 60 mg/zi (cu indicația de creștere cu 20-40 mg/zi, la fumători). Din păcate, adulții consumă mai puțin de 2/3 din cantitatea recomandată, mai ales cei care au vârsta de peste 60 de ani. Are acțiune anticancerigenă și, de asemenea, e benefică vascular (prin mărirea LDL-colesterolului).

Carotenoizii, numiți și provitamina A, constituie un grup de compuși importanți (peste 600 tipuri de molecule) și se găsesc în fructe, legume (acestea posedă în special β-caroten). Sunt puternic fotoprotectori, inhibă lipoperoxidazele și oxidarea LDL-colesterolului. Lipsa de β-caroten dezvoltă cancerul (de plămân, col uterin, esofag, stomac, sân, vezică, intestin). Provitamina A joacă un rol important în prevenirea cataractei.

Zincul (Zn) și *seleniul (Se)* sunt prezenți în locul de activitate a enzimelor protectoare (ex.: glutation peroxidaza). Astfel, joacă un rol antioxidant puternic. O altă similitudine între cele două micronutriente este proprietatea lor imunostimulantă (Roussel).

Zincul inhibă peroxidarea lipidică. În competiție cu fierul și cuprul, reduce producția de radicali hidroxilați (OH). Zincul protejează grupul thiol (SH) al proteinelor contra oxidării induse de fier. La persoanele vârstnice, o suplimentare moderată de 20 mg/zi asociată la alte oxidante, crește rezistența la infecții (pentru o valoare mai mare de 30 mg/zi are acțiuni nefaste, scăzând LDL-colesterolul și absorbția de cupru).

În Europa se indică 8-12 mg/zi. Sursele principale sunt fructele de mare, scoicile, carnea.

Seleniul (Se) are, de asemenea, funcții fiziologice diverse. El intervine în structura mai multor enzime cu acțiune contra radicalilor oxidanți, având acțiune de detoxifiere (cadmiu, mercur, plumb). Aportul optimal este de 70 μg/zi. Din păcate, aportul nu este frecvent atins, fapt ce împiedică acțiunea glutation peroxidazei.

Polifenolii se găsesc răspândiți în tot regnul vegetal (de asemeni, în vin).

Acțiunea antioxidantă a vinului a fost studiată, mai ales în vinul roșu, în conținutul căruia se găsește resveratrolul care are acțiune deosebită în cazul maladiilor cardiovasculare. Resveratrolul acționează pe LDL-colesterol, împiedicând pătrunderea colesterolului în peretele vascular. Prin împiedicarea oxidării LDL-colesterolului se scade depozitul de colesterol din peretele vasului (Denis Blache; Levine Eberhardt: *Science*, 1999, Jan. 8, 283, 212-4).

Magneziul (*Mg*). Riscul deficitului de magneziu crește cu vârsta, mai ales la femeia având peste 50 de ani. Acest deficit favorizează peroxidarea lipidică. Necesitățile zilnice sunt de 400 mg. Magneziul se găsește în ciocolată, legume, fructe uscate, produse cerealiere.

Scanned with OKEN Scanner

Fierul (*Fe*) - Nevoia de fier scade cu înaintarea în vârstă (la femeie, menopauza). Un exces de fier are acţiune pro-oxidantă. Există o legătură între excesul de fier şi maladiile cardio-vasculare. De aceea este necesar ca persoanelor având vârsta trecută de 50 de ani să nu li se administreze fier.

3.2.2 Alimentaţia antiaterogenă

Pentru ca alimentaţia să fie antiaterogenă este necesar ca:

1. Să se restrângă alimentaţia cu grăsimi saturate, margarină şi alimente bogate în grăsimi cu cantitate mare de acizi Ω - 6 polinesaturate (uleiul, şofranul) care promovează oxidarea LDL-colesterolului cu acţiune aterogenă.
2. Să se restrângă alimentaţia cu carne fiartă, friptă sau prăjită, bogată în radicali liberi aterogeni.
3. Alimentaţia zilnică să aibă 100-400 u.i. vitamina E, care are acţiune antioxidantă.
4. Alimentaţia să fie bogată în coenzima Q10 (ubiquinol-10) (ex.:sardine, peşte de mare) sau să fie adăugate suplimentar coenzimele - acţiune antioxidantă a LDL-colesterolului).
5. Alimentaţia să fie bogată în peşte, acizi graşi Ω - 3, care au acţiune antioxidantă şi anticoagulantă (2-3 ori pe săptămână)
6. Să se consume cât mai multe fructe şi vegetale, bogate în vitamina C şi fenoli antioxidanţi (ex.: afine, portocale, fragi, struguri negri, sucuri de portocale, zmeură), în medie 500 mg vitamina C , zilnic.
7. Să se bea zilnic ceai care blochează oxidarea LDL-colesterolului.
8. Alimentaţia să fie bogată în glutation - fructe şi vegetale proaspete sau conservate prin frig - ex. conopida, sparanghel, grapefruit, cartofi fierţi în coajă, roşii, portocale, pepene, ceapă proaspătă etc. (Dean Jones - Emorey University, 1996).
9. Să se consume usturoi în cantitate mare, pentru că acesta blochează oxidarea LDL-colesterolului (600 mg usturoi zilnic reduce oxidarea cu 34% a LDL-colesterolului.).
10. Să se consume ulei de măsline care blochează oxidarea LDL-colesterolului (la fel şi uleiul de migdale).
11. Cantitatea consumată de NaCl (clorură de sodiu) să fie scăzută.
12. Băuturile alcoolice să fie consumate cu moderaţie (vinul roşu previne oxidarea LDL-colesterolului, şi scade predipoziţia la tromboze) (Jean Carper, 1997).

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Adami H.O., Hsing A.W. și col, *Alcoholism and liver cirrhosis in the etiology of primary liver cancer*, Int.J.cancer, 1992, 51, 898-902.

Adams B. John, *Human breast cancer, concerted role of diet, prolactin and andrenal c19 delta steroids in tumori-genesis,* Int.J.cancer, 1992, 50, 854-858.

Ahrens E.H.jr. and al., *The influence of dietary fats in serum-lipid levels in man*, Lancet, 1957, 1, 943-953.

Anderson J.W. and al., *Metabolic effects of high carbohydrate fiber diets for insulin dependent diabetic individualis*, Am.J.Clin., 1991, 54, 5:936-943.

Anderson T.J., Meredith I.T., Charbonneau F. et al., *Endothelium-depend coronary vasomotion relates to the susceptibility of LDL to oxidation in humans*, Circulation, 1996;93:1847-50.

Benall K.M. and al., *Effect of soluble on plasma lipids glucose tolerance and mineral balance*, Adv.Exp.Med.Bio., 1990, 270, 7-16.

Bonanome A. and al., *Effect of dietary stearic acid on plasma cholesterol and lipoprotein levels*, New Engl.J.Med., 1988, 318:1244-1248.

Britchevesky Stephen B., *Serum cholesterol and cancer risk: an epidemiologic perspective*, Am.Rev.Nutr., 1992, 12, 391-416.

Bueno de Mesquita H.B., Maiseunneuve P. și col, *Lifetime consumption of alcoholic beverages tea and coffee and exocrine carcinoma of the pancreas*; a population based case control study in Netherland, Int.J.Cancer, 1992, 50, 514-522.

Scanned with OKEN Scanner

Byers Tim, Perry Gerladine, *Dietary carotenes vit.C, and vit.E as protection antioxidants in human cancers,* Ann.Rev.Nutr. 1992, 12, 139-159.

Carvilan B., *Selenium and thyroid, how the relationship was established,* Am.J.Clin.Nutr.Suppl. 1993, 57, 2445-3483.

Chouldhury S., *A multifactorial diet in the management of hyperlipidemia, Atherosclerosis*, 1984, 50, 93-103.

Coaks S., Clock S., Coway J., *Analysis of ambulatory blood pressure dat.,* J.Hypertens. 1991, 9, 19.

Connor W.E. and al., *Dietary cholesterol and fat and the prevention of coronary heart disease. Risks and benefits of nutritional changes.* In Hallgren B. et al., New York, Raven Press, 1986:113-147.

Contaldo F. and al., *Plasma high density lipoprotein in severe obesity after stable weight loss, Atherosclerosis*, 1980, 37, 163-167.

Crombie I.K., *Unemployement socio environmental factors and coronary heart disease in Scotland,* British New Journal, 1989, 61, 172-177.

De Gennes J.L. and al., *Apoproteins et dyslipoproteinemies* in Journées de Diabetologie de l'Hotel „Dieu", Paris, 1987, 47-53.

Donald L., *Hill retinoids and cancer prevention*, Am. Rev.Nutr., 1992, 12, 161-181.

Edington J. and al., *Effect of dietary cholestérol on plasma cholesterol concentration in subjects following reduced fat, high fibre diet*, Br.Med.J., 1987, 294, 333-336.

Ettore Bidoli, Silvia Franceshi şi col., *Food consumption and cancer of the colon and rectum in north eastern Italy,* Int.J.cancer, 1992, 50, 223-229.

Scanned with OKEN Scanner

Gustafsson J.B. and al., *Similar serum lipoprotein reduction by lipid lowering diets with different polyunsaturated: saturated fat values,* Br.J.Nutr., 1983, 50, 531-537.

Hegstep D.M. and al., *Quantitative effects of dietary fat on serum cholesterol in man,* Am.J.Clin.Nutr., 1965, 17, 281-295.

Hodis H.N., Mack W.J. LaBree et al., *Serial coronary angiographic evidence that antioxidant vitamin intake reduces progression of coronary artery atherosclerosis.* JAMA 1995;273:1849-54.

Howard B.V. and al., *Changes in plasma lipoproteins accompanying diet therapy in obese patients, Atherosclerosis,* 1979, 33, 445-446.

Hunninhake D.B., Miller V.T., LaRosa J.C. şi col. *Hypocholesterolemic effects of a dietary fiber supplement,* Am. J.Clin. Nutr. 1994: 59:1050-1054.

Iscovich J.M., l'Abbe K.A. şi col., *Colon cancer in Argentina II; risk from intake of dietary items.* Int.J.cancer, 1992, 51, 851-857.

Jarret R.Y., Keen H., *Diabetes and atherosclerosis in complications of diabetes,* London, Arnold, 1975, 179-204.

Johansson J., Olsson A.G., et al., *Lowering of HDL by probucol partly explains the failure of the drug to affect femoral atherosclerosis in subjects with hypercholesterolemia: a Probucol Quantitative regression swedish trial (PQRST) report.* Arterioscl.Thromb. Vasc. Biol.1995; 15:1049-56.

Kaplan M.H., *Multiple risk factors for coronary heart disease in pacients with hypertension,* Journ. Hypertens., 1995, vol.3, suppl.2, 77-81.

Scanned with OKEN Scanner

Katasn M.B., *Diet and HDL*, Amsterdam Elsevier 1985; 103-131

Keys A. and al., *Serum cholesterol response to dietary cholesterol*, Am.J.Clin.Nutr., 1984, 40, 351-459.

Mc Heidge D.J., Sowers R., *Obesity and cardiovascular disease synergy,* Medical Education ,1998, New-York.

O.M.S., *Raport sur la santé dans le monde,* Genève, 1995.

Plane F., Jacobs M., McManus D. et al., *Probucol and other antioxidants prevent the inhibition of endothelium-dependent relaxation by low density lipoproteins.* Atherosclerosis, 1993; 103:73-9.

Pyorolak J., *Diabetes and atherosclerosis* Metab. Rev. 1987, 3, 463-524.

Reaven P.D., Khouw A., and al., *Effect of dietary antioxidant combinations in humans: protection of LDL by vitamin E but not beta-carotene.* Atherioscler. Thromb 1993; 13:590-600.

Shepherd J., *Lipid transport through the plasma the metabolic basis of hyperlipidemia,* Metabolism nr.1987, 1, 495-514.

Sherwood L., Gorbach M.D. şi col., *Nutrition and the gastrointestinal microflora*, Nutrition reviews, 1992, 50, 12, 378-381.

Shiro Hosoda, *The gastrointestinal tract and nutrition in the aging process: an overview*, Nutrition Reviews, 1992, 50 (12), 372-373.

Stary H.C., *Evolution of atherosclerotic plaques in the coronary arteries of young adults.* Arteriosclerosis, 1983;3:471, abstract.

Trichopoulous A., Tzonou A., şi col., *High protein saturated fat cholesterol diet and low levels of serum lipids in colorectal cancer,* Int.J.cancer, 1992, 51, 386-389.

Scanned with OKEN Scanner

Tuins J. Albert, Kaaks R. şi col., *Diet and gastric cancer a case control study in Belgium*, Int.J.cancer, 1992, 51, 1-6.

Vessby B. and al., *Reduction of hich. Density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A-I concentrations by a lipid lowering diet, Atherosclerosis*, 1980, 35, 21-27.

Vessby B. and al., *The effects on lipid and carbohydrate metabolism of replacing some animal protein by son-protein in a lipid-lowering diet for hypercolsterolaemie.* Patients human nutrition, applied nutrition, 1982, 1982, 36 A, 179-189.

Waldius G., Erikson U., Olsson A.G. et al., *The effect of probucol on femural atherosclerosis: the probucol quantitative regression swedish trial (PQRST).* Am.J.Cardiol., 1994; 74:875-83.

Wistweiller P. and al., *Influence of polyunsaturated fats and fat restriction on serum lipoproteins in humans metabolism*, 1985, 34:83-87.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A II-A
ISTORIA ŞI PARTICULARITĂŢILE ALIMENTAŢIEI LA ROMÂNI

„Tot ce ştim depinde de direcţia în care privim"
Sir John William Lubbock (1803-1865)

CAPITOLUL 1
ALIMENTAŢIA ÎN ROMÂNIA PÂNĂ ÎN SECOLUL AL XVIII-LEA

Fiecare pagină a împlinirilor noastre naţionale este adânc înrădăcinată în cutele acestui pământ armonios alcătuit pe care s-a zămislit neamul nostru românesc din care s-a hrănit şi pe care l-a înălţat adesea la rang de cult, apărându-l cu braţul, cu mintea şi cu viaţa. Această simbioză popor-pământ a fost mai trainică decât oriunde, căci structura geografică a spaţiului carpato-danubiano-pontic este astfel alcătuită încât formează un mare sistem teritorial care impune celor care-l locuiesc o viaţă extrem de diversă, dar structurată unitar şi cu permanente tendinţe de unificare. Tot ce se zămislea pe acest pământ - bunuri materiale şi spirituale - a fost sortit să circule radial şi concentric, către şi dinspre munţii Carpaţi şi Transilvania şi în final să se unifice într-o singură economie, un singur popor şi o singură limbă (Posea Gr., *„România, geografie şi geopolitică"*, Ed. Fundaţiei „România de Mâine", Bucureşti,1999).

Întregul nostru spaţiu, iar pentru anumite perioade, cu precădere munţii Carpaţi şi domeniul subcarpatic au oferit din cele mai vechi timpuri condiţii bune de habitat. Amintim că 23% din teritoriul carpatic este ocupat de depresiuni, dar spaţiul cu potenţial permanent de vieţuire este mai mare. De aceea în munţii Carpaţi şi în întregul lor codomeniu populaţia s-a fixat mai devreme decât, de exemplu, în unităţile larg deschise de stepă unde specific era încă nomadismul.

Complementarismul bogăţiilor specifice treptelor de relief şi unităţilor climatice a condus la un puternic complementarism economic, care este de două tipuri: pe plan local (în special în depresiuni şi la contactele dintre treptele de relief) şi pe plan general, la nivelul domeniului carpato-danubiano-pontic:

- complementarismul local care obliga pe om să practice mai multe meserii şi lega pe locuitori cu mii de fire de mediul pe care îl exploatau, făcând din ei oameni ai locurilor;
- complementarismul general care avea alte funcţiuni. El se realiza între marile regiuni geografice ale domeniului, dispuse circular şi radial, impunând crearea şi sudarea unui sistem economic general, rezultat din integrarea şi unirea permanentă a

economiilor locale. Această unire economică a fost de fapt şi permanenta unire a dacilor şi apoi a românilor.Formele de manifestare economică a complementarismului erau variate, dar se aflau mereu pe calapodul unei circulaţii radial concentrice care impunea, în permanenţă, unificarea pe tot teritoriul domeniului.

Exemplul cel mai elocvent în acest sens este transhumanţa românească, realizată continuu între cercul pajiştilor alpine carpatice şi periferia domeniului până la Dunăre, la mare şi spre Tisa. Cu toată asuprirea austro-ungară asupra românilor transilvăneni, ciobanii de pe aceste meleaguri au rămas întotdeauna oameni liberi, stăpânirea şi piaţa având nevoie de lână, carne şi lapte. Deoarece Transilvania nu avea destule păşuni pentru turmele ce se aflau în creştere, ciobanii trebuiau lăsaţi liberi să plece cu oile în Moldova, Muntenia sau Dobrogea.

Transhumanţa la români nu era nomadism, cum au încercat unii să o prezinte, ci o pendulare sezonieră între păşunile alpine, stepele sau bălţile de pe marginile domeniului carpatic. În aceste deplasări se angrena un număr relativ mic de ciobani. Cei ce rămâneau acasă, familiile lor, erau mulţi. Gospodăriile fixe se aflau pe văi, în depresiunile de sub munte, unele chiar pe plaiurile întinse şi mai joase ale acestuia. Transhumanţa carpatică era de fapt o adaptare activă la mediu, o exploatare chibzuită a acestuia, învăţată încă de pe vremea dacilor, un exemplu de echilibru între economia montană cu cea de stepă şi baltă. În felul acesta se putea creşte şi întreţine un număr mai mare de oi.

Fenomenul s-a născut şi datorită faptului că întregul teritoriu era locuit de acelaşi neam. Cercetările efectuate asupra transhumanţei dovedesc că aproape niciodată oierii nu depăşeau locurile unde erau români. Era o transhumanţă ce afecta numai meleagurile dacismului şi românismului (Posea Gr., *op. cit.*, 1999).

Ciobanii plecau toamna cu oile spre câmpie şi se întorceau primăvara.

Reţinem un aspect aparte al complementarismului. Oile erau pornite de la munte când se lăsa frigul, dar pe dealuri era încă destul de cald. Mergeau încet, cu multe popasuri, spre câmpie, lăsând în urmă gerurile care soseau mai târziu în baltă şi în stepă. Fenomenul se desfăşura în sens invers primăvara, când în câmpie se desprimăvăra mai devreme.

Toţi ciobanii coborau în stepa din Câmpia Română sau bălţile Dunării, Dobrogea, Câmpia Moldovei, Câmpia Panonică şi chiar în sudul Transnistriei. Aşadar, drumurile oierilor erau radial-concentrice, aceştia mergând în locuri diverse şi distanţate şi întorcându-se pe areale foarte apropiate, în cercurile pajiştilor alpine.

Transhumanţa a contribuit la desăvârşirea unităţii graiului românesc. Limba se unifică acolo unde oamenii sunt în contact permanent între ei şi deci simt tot timpul nevoia să se înţeleagă unii pe alţii. (Graur Al.). La români, atât teritoriul cât şi bogăţiile complementare dar şi unele situaţii istorice şi social-politice au

Scanned with OKEN Scanner

favorizat şi uneori au impus contacte permanente. Transhumanţa a fost una din aceste forme.

Reţinem două concluzii de mare importanţă (Posea Gr., *op. cit.*,1999):

a) pe plan etnic, lingvistic şi cultural, transhumanţa şi toate schimbările contribuiau la omogenizarea permanentă a neamului şi naţiunii române;

b) această circulaţie „du-te - vino" se făcea îndeosebi între Transilvania (împreună cu tot ce însemna lanţul munţilor Carpaţi) şi restul ţării. În felul acesta centrul geografic al spaţiului carpato-danubiano-pontic devine prelucrător permanent al tuturor noutăţilor ce se iveau în viaţa locuitorilor pe întregul teritoriu. Transilvania devine centrul unificator de neam, limbă, cultură, căci aici se prelucra şi apoi se răspândea în exterior, pe aceleaşi căi radiale, în formă nouă, întreaga bogăţie spirituală de pe întregul teritoriu.

„*Munţii Carpaţi au fost factorul polarizator al închegării unirii şi dispunerii unităţilor politico-administrative şi au impus forma rotundă a ţării. Obştile de tip dacic şi apoi cele protoromâneşti au intrat de la început în contururi impuse de relief şi în jocul procesului unificator determinat de structura radial-concentrică a geosistemului pe care se clădea un sociosistem. S-a închegat mai întâi un sociosistem dacic care a culminat cu statul dac de formă rotundă, ce se întindea între teritoriul de la Nistru până la Tisa, şi la sud de Dunăre, în centrul Carpaţilor sau tronând Carpaţii. Drumul a fost apoi preluat de protoromâni şi de români, dar în condiţii potrivnice unui proces normal de unificare teritorială*" (Posea Gr., *op. cit.*, 1999).

În aria carpato-danubiano-balcanică s-a constituit marele bloc tracic, a cărui ramură nordică au constituit-o geto-dacii, două denumiri ale aceluiaşi popor. Cea mai veche denumire despre geţi provine de la Herodot, care spunea că aceştia au luat hotărârea să se opună împăratului persan Darius (514 î.Hr.), „o hotărâre «nesăbuită», având în vedere disproporţia de forţe". Celelalte triburi tracice s-au supus lui Darius. Geto-dacii „au fost robiţi pe dată, măcar că ei sunt cei mai viteji şi cei mai drepţi dintre traci". Herodot menţionează că „geţii se cred nemuritori", în sensul că admit nemurirea sufletului după moartea lor pământeană" (Constantiniu Fl., *O istorie sinceră a poporului român*, Ed. Univers Enciclopedic, ed.a II-a, 1999, Bucureşti).

Înainte de campania din Orient, Alexandru Macedon s-a îndreptat în anul 335 î.Hr. împotriva geto-dacilor, întrucât aceştia sprijineau pe triballii lui Syrmos, un neam trac care nu s-a supus lui Alexandru. Alexandru a trecut Dunărea cu monoxilele pescăreşti luate de la băştinaşi de pe malul fluviului. Macedoneenii au trecut prin lanuri înalte de grâu, şi au pus pe fugă armata geţilor.

În timpul lui Burebista, creşterea demografică, ilustrată prin creşterea numărului de aşezări, a determinat mărirea suprafeţelor cultivate şi perfecţionarea tehnicii agricole. Se cultivau cereale (grâu, mei, secară, orz), plante textile, plante furajere şi, deşi interzisă,

Scanned with OKEN Scanner

s-a continuat practicarea viticulturii. Statul format de Burebista a devenit atât de puternic încât acesta a îndrăznit să intervină în Războiul civil roman, aliindu-se cu Pompeius şi luptând împotriva lui Caesar. Prin uciderea lui Caesar şi a lui Burebista, în acelaşi an (44 î.Hr.) se amâna o eventuală confruntare între aceste două popoare.

Culmea înfloririi civilizaţiei şi culturii dacilor a fost atinsă pe vremea lui Decebal (87 - 105 d.Hr.).

Cucerirea de către romani a Daciei şi romanizarea care a urmat (în sens de amestec puternic) a avut loc mai ales în zona sud-vestică. În rest a fost o romanizare cu precădere a limbii şi culturii. Această romanizare începuse la marginea Câmpiei Panonice cu două secole înainte de Traian; cu un secol înainte, fenomenul de romanizare ajunsese la Dunăre, în Dobrogea şi chiar pe partea stângă a Dunării, între arealul Siret-Prut (Posea Gr., *op. cit.*,1999). Traian, prin talentul său organizatoric şi militar, nu a făcut decât să încheie opera de infiltrare a romanilor în Dacia.

Romanizarea tuturor dacilor a continuat şi după anul 271 d.Hr. când Aurelian şi-a retras legiunile la sud de Dunăre. Cei care au pătruns în spaţiul rămas liber după retragerea legiunilor romane nu au fost goţii ci, se pare, dacii liberi. Goţii au năvălit după anul 300 d.Hr., fiind ulterior împrăştiaţi de huni. (Dacii liberi sunt menţionaţi de Ptolemeu ca stăpâni pe Carpaţii Orientali şi pe zona din răsăritul lor până la Nistru. *Este vorba de bessi, costoboci, carpi - de la ei provenind numele munţilor Carpaţi - şi tyrageţi*. Toţi aveau regii lor şi pătrundeau des în *Dacia Felix* creată de Traian).

Se poate trage concluzia că restul dacilor - dacii liberi, necuceriţi de romani - erau numeroşi, stăpâneau mai mult de jumătate din vechea Dacie şi că lor li se datorează în mare parte, alături de permanentele atacuri ale populaţiilor migratoare din Nord şi Est, retragerea legiunilor din Dacia. S-au retras însă legiunile nu şi dacii romanizaţi. Aceştia s-au reunit cu dacii liberi (romanizaţi de fapt şi ei în parte). „Poporul nostru este în primul rând geto-dac şi anume, unul dintre cele mai vechi popoare ale Europei; cu toată altoirea romană substratul vechi durează şi după colonizarea Daciei. A vorbi de pierirea dacilor nu numai în vremea lui Traian, dar chiar şi după Aurelian, înseamnă a nega adevărul etnografic, că o masă omenească, ajunsă în faza de popor, nu mai poate părăsi pământul său ci numai se transformă încetul cu încetul, crescând sau scăzând timp de secole şi îmbrăcând forme noi de viaţă" (Mehedinţi S., *op. cit.*,1925, p.22).

Migraţiile şi formarea poporului român. Aşa cum arată Simion Mehedinţi, barbarii (aşa cum îi numeau grecii şi romanii) au năvălit, atât în perioada premergătoare lui Traian precum şi în timpul Daciei Felix, până în anul 1240 când a avut loc invazia primul val mongolic. Dar, în general, barbarii cum au venit aşa au plecat. *„Erau în stare de seminţii, cete relativ mici şi foarte mobile (nu erau în stare de popor)." „În starea de seminţie, mişcările de populaţie sunt un fenomen obişnuit pe toată suprafaţa planetei. În Europa, înainte de goţi, au*

Scanned with OKEN Scanner

fost celţii ce s-au scurs pe valea Dunării până spre Asia, bastarnii trecând peste Dacia, iar sciţii perindându-se şi mai mult decât alţii". Semnţiile nu pot disloca masa autohtonă şi nici nu aveau interes să o nimicească, ci să o apere şi să o exploateze, aşa cum au făcut hunii conduşi de Attila.

Triburile hunice erau incompatibile cu o viaţă sedentară, cu ocupaţiile agricole. Ei trebuiau să se bazeze pe ceea ce produceau localnicii. O dovadă în acest sens ne-o dă memoriile lui Priscus Panaites, ambasador al Constantinopolului la curtea lui Attila în anul 448 d.Hr., când trecând prin Banat spre Câmpia Panonică unde se găsea Attila, a fost găzduit într-un sat de populaţie locală latinofonă, care l-a îmbiat cu o băutură numită «în graiul locului» *medos*; este cuvântul latin *medus* (mied). Priscus s-a putut aproviziona în satele prin care trecea şi unde existau şi târguri (în lucrarea intitulată „Despre soliile romanilor la cei de alt neam"...). Aceşti localnici erau producătorii celor necesare traiului, aprovizionându-i şi pe huni.

Năvălirile barbare de la sfârşitul secolului III şi până în secolele VII-VIII pe teritoriul ocupat de dacii romanizaţi au provocat jafuri şi distrugeri, deplasări de populaţii, stare de nesiguranţă, întârziind evoluţia civilizaţiei daco-romane.

În această perioadă a apărut şi o nouă credinţă, creştinismul, acesta fiind de factură popular latină, apropiat de credinţa dacică, deci uşor penetrabilă în masa de ţărani rămasă, după retragerea lui Aurelian (271 d.Hr.), să se apere singură în faţa barbariilor. O bună parte din terminologia noastră creştină este de origine latină populară (cruce, biserică, Dumnezeu, zilele săptămânii etc.). Slujbele religioase se ţineau în limba latină şi apoi în limba română. Limba slavă a fost introdusă în biserică mult mai târziu (secolele IX-X, când limba română era deja închegată).

De remarcat, creştinismul ortodox-latin s-a răspândit pe acelaşi areal ce cuprinde întreaga entitate românească, respectiv spaţiul carpato-dunăreano-pontic.

* *
*

De-a lungul istoriei, în fixarea tipului de alimentaţie al unui popor o mare însemnătate au avut-o factorii geografici, climatici, geologici, geobotanici, geozoologici, factori naturali ce alcătuiesc împreună substratul fenomenelor sociale şi economice. Dar în afară de aceşti factori statici, trebuie să avem în vedere şi schimbările pe care evoluţia, civilizaţia le pot aduce alimentaţiei. Schimbările în timp ale alimentaţiei sunt datorate deci şi unor factori sociali, care fac ca alimentaţia să fie mai puţin dependentă de factorii geografici.

Scanned with OKEN Scanner

Condițiile geografice ale unei regiuni determină în mare măsură fauna, flora şi prin ele, posibilitățile economice. Dar într-un anumit cadru fizic, există mai multe posibilități de a satisface nevoile economice de căutare a hranei. Omul alege unul din aceste motive, se adaptează într-un anumit fel, la condițiile fizice, îşi creează ceea ce se numeşte gen de viață.

Studiul acestor genuri de viață a preocupat întotdeauna pe filosofi şi sociologi. Multă vreme s-a crezut că întreaga umanitate a cunoscut în evoluția sa o serie de genuri de viață care s-au succedat în mod obligatoriu: vânatul, pescuitul, păstoritul şi agricultura.

Acest mod schematic, exclusiv, de a clasa faptele sociale, nu mai poate fi susținut. Astăzi se poate afirma cu certitudine că păstoritul nu a fost o etapă generală a umanității, *ci numai un tip regional*. Mai mult, agricultura ca şi păstoritul de vite cornute sunt două îndeletniciri ce par a deriva dintr-un tip comun, constituit de „agricultura cu sapa" (Hackbau). Din această agricultură primitivă, fără vite, care utiliza plantele nepanificabile şi, dintre cereale, mai ales meiul, s-au desprins cu timpul, după domesticirea vitelor cornute, atât agricultura cu plugul cât şi păstoritul cu deplasări ritmice, păstoritul transhumant.

Genul de viață pe care sociologia l-a numit „păstorit de oi cu agricultură secundară" este modul de viață care a dominat cândva în toți munții Europei sudice, până în ținuturile Carpaților noştri.

Nimeni nu neagă însă existența, alături de factorii climatici şi economici, al celui de-al treilea factor, ce contribuie la diferențierea tipurilor alimentare, factorul etnic.

Particularitățile etnice sunt vestigiile unui proces milenar de cristalizare, care îşi întinde rădăcinile foarte departe, în trecut, legate fiind de ciclurile culturale şi genurile de viață străvechi ale popoarelor.

Din aceste puncte de vedere a fost privită şi alimentația poporului român. El face parte din zona răsăriteană şi sudică a Europei, unde s-au păstrat mult mai bine ca în Occident caracterele arhaice ale hranei. Dar chiar şi în această zonă culturală şi economică, alimentația poporului român conservă anumite particularități care o deosebesc de cea a popoarelor vecine.

Pentru o mai bună înțelegere a tipului de alimentație adoptat de poporul nostru de-a lungul istoriei, este necesară sublinierea situației factorilor naturali care au condiționat modul de viață pe acest teritoriu.

Se ştie că de ansamblul condițiilor geografice depind dezvoltarea vegetației şi a lumii animale dintr-o anumită regiune; or, distribuția vegetației este în funcție de climă şi sol.

Bogăția pământului românesc, admirabila sa înzestrare cu tot ceea ce este necesar vieții omeneşti, a făcut ca el să fie necontenit locuit, din cele mai vechi

Scanned with OKEN Scanner

timpuri ale preistoriei, din paleolitic şi până astăzi. „Un asemenea pământ, care-ţi dă hrană îmbelşugată, nu se părăseşte".

Ţara noastră se află la o răspântie climatică: influenţele continentale şi central europene se întâlnesc, în răsăritul ţării, cu influenţe estompate mediteraneene în sud, şi mult mai şterse, baltice, în nord. Această întretăiere generează un climat de tranziţie, considerat de Simion Mehedinţi atât de caracteristic, încât îl numeşte „*climat getic*".

Acest climat se întâlneşte în regiunea de câmpie, cea mai mare întindere a ţării însă (peste 75%) având o climă de deal şi de munte.

Relieful îşi pune amprenta în mod evident asupra climei. Caracteristicile solului de pe teritoriul ţării noastre sunt determinate de întâlnirea lanţului carpatic şi a ramificaţiilor sale cu podişul Moldovei, ce continuă zona de cernoziom, şi podişul Dobrogei, ce prelungeşte platforma Balcanilor.

Relieful şi clima au determinat şi tipul de culturi de la noi: teritoriul situat la limita de nord a zonei sudice oferea condiţii optime pentru cultura cerealelor - în vechime pentru mei şi grâu, iar mai târziu pentru porumb -, la nord începe zona optimă pentru cultura ovăzului şi secarei; la răsărit, pe teritoriul actual al ţărilor foste sovietice, locul grâului de toamnă este preluat de grâul de primăvară, iar locul porumbului, de orz, hrişcă şi secară.

În acelaşi context, sudul şi vestul ţării noastre nu prezintă aspecte deosebite din punctul de vedere al culturilor.

Ţinuturile României de astăzi au fost în trecut zone de cultură pentru grâu, orz şi, mai ales, pentru mei. În *Descriptio Moldaviae* Dimitrie Cantemir a argumentat astfel: „*grâul da de 24 de ori semănătura, orzul de 60 de ori, iar meiul de 300 de ori*". Acest climat de tranziţie era excepţional pentru cultura meiului, şi, mai târziu, a porumbului.

Xenopol, în *Istoria* sa (I, pag.76) scria astfel:

„*Pe timpul lui Lisimac, armata lui Alexandru cel Mare era nevoită să se dea prinsă din cauza lipsei de hrană, ceea ce rar se întâmplă într-o ţară agricolă şi aşezată, dar este îndestul de firesc lucru în una locuită de un popor ale cărui avuţii de căpetenie sunt turmele de animale*". În continuare, la pagina 77: „*cei mai mulţi dintre nomazi şi din geţi, au fost numiţi mâncători de lapte. Dar geţii încă din primele timpuri ale strămutării lor în Muntenia cultivau grâul, ca şi poporul dac mai târziu: pe columna lui Traian găsim legionari secerând grâu pe ogoarele dacice şi s-au găsit grâne de către romani într-un lagăr părăsit de daci. Credem însă că hrana naţională a dacilor era meiul sau mălaiul*". Plinius scrie: „*popoarele pontice preferă meiul tuturor celorlalte mâncări*".

Pe timpul lui Attila, locuitorii indigeni ai Banatului ofereau lui Priscus „meiu" în loc de grâu şi „mied" în loc de vin. Meiul pare să fi fost temelia hranei

Scanned with OKEN Scanner

locuitorilor din țările române până adânc în timpurile moderne, când păpușoiul vine să înlocuiască această antică cereală.

Ocupația de căpetenie a dacilor a fost agricultura. O ramură importantă a agriculturii și, la care strămoșii țineau mult, era viticultura. Ca și la traci, vinul se bea curat, neamestecat cu apă. El nu avea tăria alcoolică, concentrarea vinului grecesc care mai întotdeauna trebuia băut amestecat. Dacii erau și remarcabili crescători de vite.

Lăsând la o parte exagerarea lui Herodot, cum că la nord de Istru sunt atât de multe albine încât împiedică oamenii să treacă fluviul, istoria a admis existența a numeroase prisăci în poienile pădurilor și în mijlocul fânețelor atât de întinse la acea vreme.

În Lunca Dunării, „în baltă", dacii erau și pescari. Exportau grâne, pește, ceară de albine, miere, aducând, în schimb, din sudul grecesc, vin și untdelemn.

„*Două sunt caracterele dominante ale alimentației poporului român, acolo unde el s-a păstrat mai puțin modificat de influențe recente: hrana predominant vegetală și cerealieră; lipsa obiceiului panificației în alimentația sa zilnică*", așa cum afirmă I. Claudian în *Alimentația în cadrul antropogeografiei*.

Primul caracter, comun al popoarelor vecine, este o particularitate a alimentației țărănești de pretutindeni. Al doilea caracter este, referindu-ne la alimentația europeană de astăzi, *propriu* poporului nostru. Particularitățile alimentare ale acestui popor îl deosebeau clar atât de locuitorii stepelor vecine răsăritene și apusene, precum și de cei ai văilor Peninsulei Balcanice sau ai Podișului Podolic.

Meiul a fost încă din antichitate cereala ținuturilor noastre, cultura fiind legată de o structură socială, de un anumit gen de viață și în special de păstorit. El predomina în antichitate, mai ales în zonele pastorale din sudul Europei. Constrânși de cultura cerealelor nepanificabile, strămoșii noștri au rămas multă vreme în ceea ce se numește „faza fierturilor și galetelor", în faza mămăligii și a mălaiului. Cultivarea meiului era ușoară, se pute face pe văi, depresiuni și dealuri, avea o vegetație scurtă, limitată la perioada mai-august, nefiind panificabil (spre deosebire de grâu). Migrațiunea turmelor de la munte la câmpie și de la câmpie la munte făcea ca agricultura să fie rudimentară, aceasta rămânând multă vreme în acest stadiu.

Abundența laptelui a simplificat și simplifică și mai mult problema hranei. Laptele fermentat satisface și astăzi în Transilvania „nevoia de acru", „borșul" nepătrunzând încă în acea vreme în alimentația acestei regiuni. De asemenea, conservele de hrană pentru iarnă, ce constituia o problemă pentru popoarele din climatul temperat, nu mai reprezenta o problemă pentru populația autohtonă care avea la îndemână lapte, brânză, carne etc.

Un alt caracter al alimentației țăranului nostru este utilizarea mai restrânsă a legumelor de grădină, fapt ce însemna ignorarea culturii acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Într-adevăr, condiţiile agriculturii de munte, de văi şi de depresiuni subcarpatice, aşa cum poporul nostru pare să o fi practicat timp de milenii, nu se potriveşte cu o cultură foarte intensivă, cum e cea a zarzavaturilor. Această insuficienţă agricolă, care persistă încă de multă vreme, pare a fi compensată de o utilizare pe scară largă a plantelor de culegere.

Cercetări minuţioase au descoperit vestigii ale hranei arhaice, de tip pastoral, şi în restul zonei păstoreşti din Europa sudică.

Această zonă se întindea din ţările noastre spre Marea Adriatică, munţii Alpi, nordul Italiei, sudul Franţei, munţii Pirinei, nordul Spaniei.

Mămăliga noastră îşi găseşte rude în *polenta* italiană, în *papa* spaniolă, iar turtele noastre nu se deosebesc prea mult de galetele de mei şi de porumb, care se mâncau în sudul Franţei, în Italia şi Spania.

Condiţiile geografice şi antropogeografice, înrâurind asupra unei populaţii timp de milenii, îi întipăresc, astfel, obiceiuri alimentare ce se păstrează cu o rară tenacitate. În lumina lor înţelegem ataşamentul românului pentru mămăligă, cât şi lipsa obiceiului grădinăritului şi caracterul simplu şi primitiv al bucătăriei lui.

Dacia traiană a continuat viaţa economică a Daciei lui Burebista şi Decebal. Ocupaţiile de căpetenie au rămas tot agricultura şi creşterea vitelor.

Interesantă de urmărit, sub raportul termenilor de origine latină, este operaţiunea transformării grâului în pâine: „*Grâul se macină (machinare) la moară (mola) sau se pisează (pinsare) în piuă, prefăcându-se în făină (farina). Aceasta se cerne (cernere) cu ciurul, se amestecă cu apă şi aluatul se frământă, se soage, adică se dă forma de pâine şi se pune pe cârpător sau în ţest. Urmează coacerea în cuptor (coctorium) până când pâinea (panis) e gata*". Din făina de grâu se mai făceau plăcintă şi vărzare, iar din cea de mei, păsat. Alături de această îndeletnicire însemnată, care asigura pâinea cea de toate zilele, ei au fost păstori şi crescători de vite. Din laptele muls, strecurat şi fiert, se pregătea, cu ajutorul cheagului, caşul.

Trecând peste perioada civilizaţiei romane, despre al cărei mod de viaţă şi de alimentaţie s-a vorbit în capitolul I, pag.107-109, ne vom opri asupra altor aprecieri privind modul de viaţă la români, în diferite regiuni ale ţării, aprecieri făcute de o serie de oameni de seamă ai timpului, nu înainte însă de a sublinia că poporul român apare complet constituit, aşa cum afirmă istoricul Ioan Bogdan, după amestecul său cu slavii. Ei se ocupau în special cu păstoritul, cu vânatul,pescuitul şi cu agricultura de văi şi dealuri (cultivau mei şi ovăz). Aveau şi multe prisăci. Miedul (făcut din miere fiartă cu apă şi lăsată să fermenteze) era băutura lor preferată.

Teutsch (*Geschichte der Siebenbürger Sachsen*, Kronstadt 1858, pag.126) scria că în perioada anilor 1342-1382 „*saşii cultivau: grâu, ovăz, mei şi cânepă, pe când celelalte naţiuni erau inculte şi apăsate de jugul nobilimii; agricultura dădea rod slab.*

Scanned with OKEN Scanner

La 1670 au fost siliți a mânca pâine din ovăz, iar la 1695 era mare sărăcie pentru cultivarea prea multă a viilor".

Marcin Bielski (1495 - 1575), istoric polon, descriind arta militară la moldovenii de la 1530-1570, spunea că a văzut în bătălia de la Obertin cum „*lăncerii moldoveni se hrăneau cu brânză de burduf şi pâine albă*"(*Polnische Cronik*, 1597).

Ostermayer scria în *Chronica* sa că în anul 1554 „*voevodul Moldovei şi al Munteniei n-a lăsat să intre grâu în Transilvania, iar la 1603 era foamete din cauza lipsei mari de grâu*" (în lucrarea lui József Kemény (1795 - 1855) *Deutsche Fundgruben der Gerschichte Siebenbürgens*, 2 vol., Cluj, 1839-1840).

Marciey Strykovski (1547 - după 1582), cronicar polonez, spunea că în perioada anilor 1574-1575 „*era foamete mare în Moldova*" şi că a mâncat aci şi în Muntenia „*pepeni verzi, mari, dulci şi apoşi ce se produc în Bulgaria şi Dobrogea de unde erau aduşi*" (Arhiva istorică a României, II, 1, p.6 şi 10).

Lanquet scria în anul 1576 că „*pe când Batory călătorea prin Moldova cea devastată de către turci şi tătari, Voevodul, care ştia lipsa generală, îi trimise ca un dar preţios o pâine de secară*!" („Arhiva istorică a României" I,2 p.30)

În colecția de documente Hurmuzachi (vol.III, 1, p.114, Bucureşti, 1880) se arăta că „*era în Moldova în 1588, atâta abundență de pâine, mai ales de orz şi miere, cum de 40 de ani n-a mai fost*".

Petru Bogdan Bakšić (Pietro Deodato Baksici) (cca 1603 - 1674) episcop bulgar catolic, vizitând țările române a găsit în anul1640 la Piteşti „*o pâine foarte frumoasă, albă şi bună, în special la colonia catolică din Câmpulung. Împrejurul Bucureştiului sunt păduri mari, grâul nu se cultivă decât numai atâta cât este trebuincios pentru consumația anuală*" (Revista nouă, III, p.448 şi 449).

Paul de Alep (1627-1669), cleric ortodox melchit, originar din Siria, care a vizitat în perioada 1652 - 1659 țările române, scria că „*românii pun la ospețe mâncărurile una peste alta, şi aşa rămân până la sfârşitul prânzului. În călătoria sa în această țară li s-au oferit mâncăruri, dar în Moscova, nu*!" („Arhiva istorică a României" I,2 p.108)

Xenopol amintea de un misionar catolic ce a vizitat Muntenia în anul 1670 şi spunea că „*tot acel popor se hrăneşte cu pâine de mei, iar Mihai Viteazul este poreclit de saşi, în bătaie de joc, „Mălai-Vodă*".

Porumbul s-a introdus la noi, în Muntenia, în timpul lui Şerban Cantacuzino (1678-1688), după cum arată un document aflat în posesia lui Gheorghe Cantacuzino (Arhiva de Iaşi, I, p.135), iar în Moldova a fost adus în anul1710 de către Constantin Mavrocordat, aşa cum arată „Săptămâna" din 1853, p.68.

Dintr-o sursă a unui istoric german (Teutsch) s-a aflat că în anul 1686, stăpânirea a interzis în Transilvania să se planteze în locul grâului porumb, fixând o pedeapsă, prin amendă, de 6 florini, pentru cel ce nu se supunea ordinelor.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL II

ALIMENTAŢIA ÎN ROMÂNIA ÎN SECOLELE XVIII-XIX

În această perioadă, agricultura a furnizat aceleaşi produse ca şi în epocile precedente: grâu, orz, mei, la care s-a adăugat porumbul, a cărui cultură a cunoscut o extindere deosebită (acesta nefiind cerut de otomani). S-a constatat sporirea culturilor viticole, livezilor cu pomi, grădinilor cu zarzavat, fâneţelor şi păşunilor.

Creşterea vitelor a rămas şi în secolul al XVIII-lea ramura cea mai potrivită pentru comerţ, pentru export. Apicultura a cunoscut o amploare deosebită.

În ceea ce priveşte situaţia economică a Ţărilor Române între anii 1821 şi 1859, statistica recoltei din anul 1832, an slab din punct de vedere economic în Ţara Românească, a arătat că la cereale producţia de porumb deţinea primul loc (70% din totalitatea cerealelor), fiind urmată de cea de grâu (15%), restul de 15% revenindu-i producţiei de orz, ovăz şi mei. În anul 1842 producţia de porumb reprezenta 394 674 070 ocale (1oca = 1,272 kg), iar cea de grâu 323 848 941 ocale. În judeţele Vlaşca, Teleorman, Romanaţi şi Dolj producţia de grâu era mai mare ca producţia de porumb.

Progrese s-au constatat şi în agricultura din Banat şi Crişana. Starea materială precară a majorităţii ţărănimii a determinat o ridicată rată a mortalităţii, mai ales în rândul copiilor cu vârsta de până la 10 ani. Deşi în ultimele veacuri în ţara noastră s-au produs transformări economice care au marcat profund alimentaţia ţăranului, caracterele acesteia nu au putut fi şterse.

Introducerea porumbului, cereală nepanificabilă, nu a schimbat obiceiurile alimentare ale poporului. Ea a moştenit la noi, ca şi în unele ţări din Europa occidentală, rolul străvechiului mei. Mălaiul şi mămăliga au continuat să existe şi să fie baza hranei ţăranului. În schimb,cultura porumbului aducea belşug la care ţăranii erau foarte sensibili, într-o epocă în care toată Europa se zbătea într-o mare sărăcie. *„Porumbul a scăpat ţărănimea de la noi şi din alte ţări de foamete şi a evitat o criză economică gravă"*.

Noua plantă americană a avut însă, pentru locuitorii ţărilor noastre, marele neajuns de a-i îndepărta şi mai mult de obiceiul panificaţiei. Dar consecinţele reale ale introducerii culturii acestei cereale noi în agricultură s-au simţit ceva mai târziu, în secolul următor, când expansiunea noastră agricolă impusă de împrejurări internaţionale a determinat

reducerea bruscă a întinderii păşunilor şi a determinat scăderea drastică a producţiei de vite şi a producţiei de lapte. Pentru o ţară cu viaţă pastorală veche şi alimentaţie lactată intensă, consecinţele au fost foarte grave.

Porumbul, pe lângă calităţile sale, presupune o alimentaţie bogată în lapte şi carne, pentru a nu fi vătămător. Începând cu secolul al XIX-lea alimentaţia ţăranului din Vechiul Regat a suferit o gravă deteriorare, alimentaţia acestuia fiind redusă la hrană exclusiv vegetală şi maidică; drept consecinţă, a apărut boala numită pelagra endemică.

Dimitrie Cantemir (1716), în lucrarea *Descriptio Moldaviae* spunea că: *„Semănăturile care nu se pot semăna la munte, cresc atât de frumos pe câmpii aceştia netezi, încât grâul în anii cei bine roditori îşi dă sămânţa sa locuitorilor cu 24 de părţi mai mult, secara cu 34 de părţi, orzul cu 60 de părţi, iar meiul cu 300 de părţi mai mult decât semănătura. Meiul creşte atât de frumos în Ţara de Jos precum proverbul ţăranilor: «Meiul în Ţara de Jos şi merele în cea de Sus, nu au coajă». Pe acesta, măcinându-l îl frământă şi îl fac pâine, şi-l mănâncă mai vârtos cu unt, când e cald".*

În anul 1729, cărturarul grec Alexandru Amiras, aflat ca mare dregător la curtea domnului Moldovei Mihai Racoviţă, în timpul celei de a treia domnii (1715-1726), a tradus în limba greacă *„Cronica anonimă a Ţării Moldovei"* începând cu anul 1662, aflată în *Cronicele României* sau *Letopiseţe*, III, p.135). Amiras a amintit în lucrare că în al treilea an al domniei lui Mihai Racoviţă Vodă în Moldova şi Ţara muntenească a fost foamete. Cei săraci se hrăneau cu rădăcini de papură, cerşind de la cei avuţi o bucată de pâine. Tot în colecţia de Letopiseţe (III, p.214) se spune că în a treia domnie a lui Constantin Vodă Mavrocordat *„dimerlia de orz a ajuns un leu, iar la Cernăuţi mâncau în loc de pâine, mălai de ghindă. Tot aici pomenesc grânele, via, mălaiul şi popuşoiul"*.

Din anul 1759 avem date de pe vremea când venise Charles Peyssonel în ţară (*Traité sur le commérce de la Mer Noire*, Paris, 1787, II, p.185) şi de pe timpul lui Ignaz Stephen Raicevich, consul austriac în Ţara Românească, în *Osservazioni storiche, naturali e politiche intorno la Valachia e Moldavia*, când atât în Valachia cât şi în Moldova existau imense cirezi de boi, vaci, oi şi capre, animale crescute pentru a fi tăiate toamna. *„Carnea se fierbea până se alegea seul deasupra, se punea în burdufuri din piele de bou, se expedia în Turcia, împreună cu unt, brânză, ceară, pastramă şi alte produse"* (V. Aurelian, *Schiţe asupra stării economice a României*, p.100).

Franz. J. Sulzer vorbeşte în lucrarea *Gesichte des transalpinischen Daciens* despre alimentaţia ţăranului român, evidenţiind următoarele particularităţi: *„Carne de viţel mai defel nu se mănâncă. Chila de porumb numai un florin, pepeni mulţi, pătlăgele; pâinea de grâu e foarte albă, dar prea crescută cu drojdie, spongioasă, mălai de mei, dar mai obişnuită este mămăliga, care ori e crudă, tăiată cu aţă, ori*

Scanned with OKEN Scanner

boierească, cu unt; carne şi peşte se consumă rar, ci lapte, brânză, brânză, ceapă, usturoi, linte şi fasole".

Martin Lauge (*Rudimenta doctrinae de peste*, Offenbach, 1791) arată că românii din Transilvania se hrăneau în acea perioadă (1785) cu mei, porumb şi hrişcă (cereală nepanificabilă introdusă în nordul ţării începând cu secolul al XVI-lea adusă din Asia). Generalul Enzenberg scrie din Bucovina în 1786 (Hurmuzaki, *Documente*, VII, p.464 şi 471) că se cultivă mult mei, care după păpuşoi este cea mai plăcută hrană pentru ţăran. „*Până aici îşi fierbeau un fel de bere uşoară, dar acum s-au deschis fabrici de bere. Rachiu beau până şi copiii şi femeile lehuze. Afară de porumb se mai cultivă orz, hamei, ceapă şi tutun*".

Ignaz Stephan Raicevich (secolul XVIII), medic şi om de cultură, consul al Austriei în Ţara Românească, referindu-se în lucrarea *Observaţii istorice, naturale şi politice asupra Valahiei şi Moldovei* (1793) la hrana ţăranului, scria că locuitorii acestor ţări preferau făina de porumb deoarece era mai uşor să facă mămăligă decât să dospească şi să coacă pâine din făină de grâu. Ei consumau mămăligă cu sare, lapte, brânză proaspătă, sau peşte sărat.

Într-un alt document (*Reise der russischen Gesandschaft an die Otomanische Pforte in Jahre 1793*, Petersburg, 1803, p.81) se arăta că porumbul era foarte răspândit, predominând în alimentaţia ţăranului român.

Andreas Wolf publică în anul 1805 la Sibiu lucrarea *Contribuţii la o descriere statistică şi istorică a principatului Moldovei* În capitolul III, p.1092 acesta afirma că românii transilvăneni numeau grâul de primăvară „crâmpiţă". În Moldova (anul 1793) s-a înfiinţat la Iaşi o berărie (fiind importată până atunci bere englezească).

Meiul era folosit ca hrană pentru păsări dar şi la prepararea unor bucate ca mămăligă cu apă sau lapte, sau păsat cu carne de oaie. Mămăliga din hrişcă era în multe cazuri preferată celei din porumb. În aceste vremuri, moldovenii nu ştiau prea multe despre cultivarea grâului, secarei şi erau suficient de leneşi; de aceea nu vedeai mai în toată ţara alte bucate decât această hrişcă.

Unul dintre cei mai de seamă medici maghiari ai secolului XVIII István Weszprémi (1723 - 1799) a scris, printre altele, şi un dicţionar bibliografic al compatrioţilor săi. În această lucrare monumentală, pe lângă date pur biografice, găsim amănunte (p. 89-102) despre traiul românilor din Banat: „*Când soarele este fierbinte se lipsesc timp de aproape 9 luni de orice fel de carne şi de toate alimentele din regnul animal, adică de ouă, brânză, unt şi lapte, mulţumindu-se cu pâine coaptă sub cenuşe şi pregătită din porumb, cu fructe proaspete şi alte alimente vegetale. Le place mai ales varza, şi mănâncă aproape în fiecare zi o zeamă acră făcute din huşte de grâu fermentate cu apă (borşul nostru). Mâncările calde le consumă mai mult dimineaţa şi seara decât la prânz. Când căldura e mare îşi răcoresc băutura şi trupul cu gheaţă, pe care o adună*

Scanned with OKEN Scanner

în gropi. Carnea de vită o mănâncă foarte puțin românii, sârbii și țiganii. Ea este înlocuită cu carnea de berbec și slănina friptă..." Este evident, după cele scrise de Weszprémi, că felul de trai al țăranului român nu s-a schimbat în ultimii 200 de ani.

Alimentația în țara noastră se caracteriza prin aceea că era săracă în carne și bogată în verdețuri. Explicația este simplă: „păstorul nu-și împuținează turma, sacrifică doar animalele bolnave. Românii au consumat din cele mai vechi timpuri mai puțină carne decât populațiile vecine. Proteinele animale erau luate la noi, cu predilecție, din lapte și produse lactate. Dintre cărnuri, carnea de ovine și de bovine era mâncată în cantități mici. Se mânca fie proaspătă - fiartă, friptă, pe grătar, sau mâncăruri scăzute, gătite cu legume -, fie se conserva sub formă de pastramă (prin sărare și uscare). Carnea de porc începea să fie din ce în ce mai acceptată, pe măsură ce era respinsă de turci și de tătari; pe de altă parte, creșterea porcilor era destul de simplă. Posibilitățile multiple de preparare și conservare a cărnii de porc justificau, de asemenea, aceste preferințe. Se mai consuma și carne de pasăre. Vegetarismul a fost caracteristic păturilor țărănești de pretutindeni" (cel ce consuma carne zilnic era, mai ales, orășeanul).

În țara noastră s-au folosit mult în alimentație, în special primăvara și vara, plantele de culegere. Nici un popor din Europa n-a păstrat în alimentație un număr atât de mare de astfel de vegetale. Cultura legumelor, grădinăritul s-a dezvoltat în sudul Dunării încă din secolul al XVII-lea, dar nu și la noi. Acestea presupuneau existența unor condiții de climă și sol inexistente la munte și deal. Până în secolele al XVIII-lea și al XIX-lea la noi nu se cultivau decât varza, bobul, mazărea, lintea, fasolea, ridichiile, castraveții, usturoiul și ceapa. Alte verdețuri se găseau, din abundență, în flora noastră spontană: purul, dragaveiul, grâușorul, hameiul, pătrunjelul, leușteanul, cimbrul, mărarul, lăptucile, susaiul, păpădia, urzicile, ștevia, știrul, ciupercile, ghebele etc. Verdețurile erau drese cu smântână, cu brânză, unse sau clătite cu grăsimi animale (slănină, osânză, jumări). Nu se consuma unt pentru că nu se cunoștea procedeul de preparare a acestuia.

Conservele grase, vegetale sau animale, erau mai puțin consumate ca în alte regiuni. Păstorii vegetarieni și lactivori simțeau prea puțin nevoia de grăsimi suplimentare. De altfel, grăsimile, exclusiv cele animale, proveneau din semințe de nuc, fag, cânepă și in, mai puțin din floarea soarelui.

Ouăle de păsări domestice (în special cele de găină, și mai puțin cele de curcă, gâscă, rață) se consumau fierte, coapte, prăjite (jumări) cu slănină și brânză.

Peștele se consuma în cantități mai mici și, mai ales, în locurile din apropierea lacurilor, bălților sau râurilor (crap, știucă, caracudă, roșioară, caras). Peștele se consuma fript sau fiert (ciorbe).

Moluștele (scoici, melci) și crustaceele (racii) erau mâncăruri cu totul ocazionale și erau consumate numai în anumite regiuni.

Scanned with OKEN Scanner

Feudalismul agrar a început la noi în secolul al XV-lea, mult mai târziu decât în Apus, încheindu-se la jumătatea secolului al XIX-lea, de asemenea mult mai târziu faţă de ţările din Apus. În această perioadă, economia, bazată pe relaţii gentilico-familiale, a fost înlocuită de o structură feudală, compusă din mari proprietari de pământ, moşieri şi la polul opus „clăcaşii" sau „rumânii" aserviţi pământului. Din clasa de mijloc făceau parte răzeşii proprietari de pământ.

În a doua jumătate a secolului al XVIII-lea condiţiile de viaţă s-au înăsprit. Stăpânii feudali au intensificat exploatarea clăcaşilor,care devenea din ce în ce mai insuportabilă, iar războaiele devastatoare au înrăutăţit şi mai mult condiţiile de viaţă. În secolul al XIX-lea s-a accentuat procesul de sărăcire a clasei ţărăneşti, ca urmare a infiltrării sistemului capitalist în România.

Desfiinţarea monopolului turcesc asupra comerţului cu cereale (prin prevederile Tratatului de pace de la Adrianopol, ce punea capăt războiului ruso-turc din perioada 1828-1829) a Ţării Româneşti şi Moldovei a determinat circulaţia liberă a producţiei de grâu la export, ceea ce a dus la mărirea considerabilă a terenurilor agricole, terenuri care erau folosite până atunci ca păşuni. Creşterea vitelor a început să decadă, viaţa s-a scumpit şi sarcinile fiscale au devenit din ce în ce mai apăsătoare. Populaţia a crescut , micşorându-se însă suprafeţele de pământ cultivabil ce-i reveneau.

Totodată, s-au mărit latifundiile moşiereşti, drepturile clăcaşilor fiind din ce în ce mai des nesocotite.

Alimentaţia era influenţată negativ de situaţia economică precară a ţărănimii. În anul 1812 Toriton a scris că „ *grâul era foarte bun în amândouă principatele, că porumbul se lucrează mult, atât pentru bunătatea sa hrănitoare cât şi pentru îmbelşugarea rodirii sale. Făina porumbului se foloseşte la o fiertură groasă, ce o numesc mămăligă; aceasta este temeiul hranei în amândouă principatele*".

George Barițiu scria în *Istoria* sa: „*Între 1815-1817 a căzut peste Transilvania o foamete dintre cele mai înfricoşătoare, cauzată de ploi necontenite, care în această ţară muntoasă şi răcoroasă întârzie foarte tare coacerea cerealelor. Până şi cocenii de păpuşoi se tăiau, se măcinau, folosind la prepararea mămăligii. Între Rusalii şi Sf.Petru, sărăcimea aduna diverse plante: ştir, lobodă, urzici, limba boului, măcriş şi alte buruieni, le fierbe şi le acreşte cu mere acre, aşa astâmpărându-şi foamea*".

În anul 1836 dr. Constantin Vârnav a făcut o descriere detaliată despre alimentaţia românilor în teza sa inaugurală intitulată *Rudimentum Physiographiae Moldaviae*, în care scrie: „*Hrana boierilor şi a celor avuţi abia se deosebeşte de cea a vecinilor apuseni. Carnea de viţel e consumată rar, dar se foloseşte mai ales cea de miel, mămăliga cu brânză, untul, laptele. Poporul se hrăneşte cu mâncăruri indigeste, numai prin obişnuinţă compatibilă cu sănătatea, dar de băuturi spirtoase abuzează. Alimentaţia e restrânsă aproape numai la mămăligă, ce nu poate exista fără zeamă*

Scanned with OKEN Scanner

acră numită borş, iubită şi de boieri. Pe timpul postului nu mănâncă decât mămăligă fără lapte, unt şi ouă, cu varză, pepeni murați, fără legume, apoi usturoi, ceapă. Vara se mulțumesc cu fructe de vară, castraveți, pepeni verzi. Dintre legume, lintea e cea mai rară, mai des se folosesc mazărea şi fasolea. Cartofii cunoscuți abia din acest deceniu se găsesc mai cu seamă în părțile muntoase ale Moldovei. Varza se află în toate părțile Moldovei; cei mai avuți mănâncă pătlăgele, bame, zarzavaturi, mere domneşti, miere, pelin etc..."

C. Negruzzi scria în publicația „Săptămâna" (1853, p.199) că în anul 1816 cartofii au fost importați de domnul Calimach, deşi credea totuşi în posibilitatea de a fi fost importați încă din anul 1770 când a fost foamete în țară.

Abdolonyme Honoré Ubicini (1818-1884) arată în *„L'univers"*, anul 1856, că hrana țăranului era foarte simplă, pentru a nu zice „mizerabilă". Mămăliga era folosită în locul pâinii, adăugându-se, în zilele bune, lapte, unt sau smântână, *„însă trebuie să fi obişnuit cu ea din copilărie, ca să o poți mânca cu ridichi sau cu ceapă, rachiu, bragă"*.

Publicația *„Derblich"* (*Land und Leute der Moldau und Valachei*, 1869) vorbea de mămăligă, brânză, verdețuri (usturoi, ceapă, varză, ardei), fructe, rachiu şi vin, pe care nu-l disprețuiesc, *„dar niciodată nu-l beau peste măsură"*.

În publicația *„Niva"* din anul 1875 se scria despre Basarabia astfel: *„Moldoveanul nu e lacom, căci are păpuşoi mult, e îndestulat. Mămăliga e un simplu aluat dulce, gătită din făină de păpuşoi ce înlocuieşte pâinea, fiind mâncată cu unt topit sau slănină topită, sau cu brânză de oi. Moldovenii iubesc a pune în bucate fel de fel de mirodenii iuți. Fac şi pâine de casă din grâu, dar numai la zile mari, când au şi zeamă de găină, plăcinte, găluşti, adică păsat cu jumări şi ceapă. Fac sarmale din orez şi carne învelite în frunze de viță sau varză. Far turte cu mac sau vărzar cu vişine, sau cu ceapă; apoi plăcintă cu brânză în vatră, unse cu grăsime. Mai consumă lapte cu mămăligă sau «chişleag», adică lapte acru de pe care s-a luat smântâna. Peste iarnă mai toți au varză murată, pepeni, pădurețe uscate, fasole, nuci, alune, cireşe, prune (perje) uscate. Mulți nu au grâne de ajuns pe tot anul şi atunci se împrumută"*.

În Moldova acelei perioade făina de porumb era frecvent folosită la prepararea mămăligii. Făina de secară şi hrişcă, mai rar folosite, amestecate, purtau numele de „chitan". Brânza era folosită de cei avuți care beneficiau şi de plăcinte „poale-n brâu" şi de ştrudel cu mere. Făina de grâu, rar folosită, servea de Crăciun la prepararea turtelor, găluştelor cu crupe, sau chiar a pâinii. Vara se mânca rar carne, mai ales de pasăre. Iarna însă, cei ce aveau, mâncau cârnați, slănină, carne prăjită, peşte.

În Transilvania, în aceeaşi perioadă se cultiva mult grâu la câmpie şi mai mult porumb la munte. Preparatele specifice zonei erau: „tocmagii", numiți în alte părți tăiței, urechiuşi din aluat serviți de post, cu borş, castraveți, preparați

Scanned with OKEN Scanner

termic, supa din carne de oaie acrită cu mere acre, „bujeniţă" - carne de oaie fiartă, apoi murată cu usturoi şi verdeţuri, mâncare de picior de porc cu zer, salată cu zer, plăcintă cu brânză friptă pe lespede, făcută cu ulei de sâmbure de nucă, seminţe de cânepă, fag, „jufa" - seminţe de dovleac din care se stoarcea uleiul, peste care se punea apă, le storceau, iar zeama ca laptele, era strecurată şi pusă pe foc până se prindea (asemenea urdei). „Vărzarul" făcut din varză dulce sau acră era ca în Basarabia.

Károly Keleti (1833 - 1892), statistician ungur, a studiat structura alimentaţiei românilor transilvăneni în lucrarea intitulată *Die Ernährungs - Statistik der Bevölkerung Ungarns* (1887). El a subliniat faptul că alimentaţia românului era *„mai pretutindeni aceeaşi, afară de cazuri deosebite de bunăstare, cum se întâmplă în comitatul Făgăraşului, care are mulţi cărăuşi, unde se consumă multă pâine alături de mămăligă şi se bea mult vin, alături de rachiu. Cartofi, sarmale, tăiţei, mazăre, prăjituri, se văd adesea în această zonă. Iarna românii au mâncare mai bună, carne de porc, slănină, iar vara mai multe legume, carne de oaie, rar de vacă şi de pasăre, ulei de floarea soarelui, mai rar untură. Lapte mănâncă mai mult copiii făgărăşenilor. Brânza proaspătă şi sărată e văzută pretutindeni. Legumele folosite sunt: fasolea uscată şi verde, varza, ceapa, castraveţii, murăturile, urzicile şi, mai ales, ardeiul verde; în unele părţi spanacul, varza nemţească, cartofii, perele sălbatice, mazărea, lintea, morcovii. Carnea se mănâncă la 2-3 săptămâni o dată".*

Cantităţile de alimente consumate de persoană la acea vreme în 11 comitate sunt redate estimativ în tabelul 1.

În Banat nu existau mari deosebiri în structura alimentaţiei ţăranului faţă de alimentaţia din alte zone, cu excepţia zonei dintre munţii Orşovei şi Caransebeşului unde *„grâul neajungând niciodată la maturitate, nu se seamănă decât porumb ce se potriveşte cu produsele alimentare ale oilor din acele locuri. Uzează de sare relativ puţină în bucate. Pe câmpie se seamănă şi grâu mult, odinioară Banatul numindu-se grânarul Austriei, grâul vânzându-se, ţăranii trăind mai mult cu porumb. Mălaiul se face şi aici în ţest de tuci, în „cirină" de pământ, sau turtă în spuză. Singurii locuitori montanişti (de la mine şi alte lucrări bănoase) se hrăneau cu pâine de grâu, cumpărând făină albă de la mori, sau spălând şi măcinând grâul. Aceşti montanişti mai au şi înlesnirea că există societăţi de consum de unde pot lua marfă bună şi ieftină ca: grăsime, zahăr, cartofi, untdelemn, tărâţe de grâu pentru vite, cafea etc. Zarzavaturile le aduc aici sârbii: ceapă, ardei verde, pătrunjel, morcovi, castraveţi, pepeni verzi, iar hreanul şi usturoiul îl seamănă ţăranul. Locuitorilor bănăţeni le sunt cunoscute bamele, măslinele. Varza e una din legumele de temelie ale ţăranului; prunele pentru ţuică, magiun şi uscate, sunt mai aproape de munte".*

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 1

Nr. crt	Comitatul	Majoritatea absolută de români la 100	În kilograme							Băuturi	
			Pâine de grâu şi de orz	Pâine de orz şi de ovăz	Porumb	Cartofi	Brânză	Carne	Slănină şi untură	Vin	Rachiu
1.	Făgăraş	88,74	121,13	6,41	12,82	82,96	36,64	31,04	27,24	61,43	26,64
2.	Hunedoara	87,50	26,83	6,65	101,57	93,49	27,51	26,42	19,54	2,20	36,63
3.	Alba de Jos	76,09	81,89	-	52,57	94,25	34,66	31,78	27,11	14,36	25,31
4.	Caraş	76,01	29,32	-	117,67	106,17	34,94	24,60	21,88	10,03	23,19
5.	Dobâca	75,45	37,23	-	114,19	95,33	57,32	22,25	26,69	8,54	25,25
6.	Turda	70,65	111,28	-	41,59	112,59	39,90	25,29	27,61	17,05	25,59
7.	Năsăud	65,30	28,23	39,16	94,97	98,29	58,48	26,61	27,74	6,71	22,99
8.	Sibiu	64,11	84,51	-	41,99	95,70	40,53	20,34	22,87	5,10	32,90
9.	Arad	60,94	94,09	-	45,37	106,60	35,56	27,25	25,03	10,71	23,01
10.	Sălaj	60,37	71,44	-	85,17	108,18	28,53	16,70	18,54	5,04	25,87
11.	Cluj	57,37	86,24	2,95	61,62	100,10	48,16	29,45	29,40	12,65	23,95
	Media	71,14	70,18	5,01	69,92	99,44	40,11	26,52	24,88	13,98	26,48

Scanned with OKEN Scanner

În „Monitorul Oficial" din 5 august 1886 se arată că se consuma porumb stricat în judeţul Argeş. *„Încolo se mănâncă ceapă, ştir, poşircă cu mămăligă iar fasolea, lintea, cartofii şi alte legume mai hrănitoare, foarte rar. Produsele păsărilor sau vacilor le vând, rar le mănâncă; carnea, pastrama, peştele proaspăt sau sărat constituie alimente excepţionale. Sătenii avuţi tot aşa se hrănesc, pe motiv că aşa s-au hrănit şi părinţii lor".*

În „Monitorul Oficial" din 27 iulie 1888 se constata că *„în 1887 populaţia judeţului Argeş a suferit multe maladii epidemice dintre care cele ce au dat o mortalitate mai mare au fost: scarlatina, rujeola, tusea convulsivă, febra tifoidă, oreionul. Între cauzele ce au contribuit la naşterea, agravarea şi întinderea acestor epidemii a fost şi traiul rău, reaua alimentaţie".*

„Cea mai mare parte dintre săteni se hrănesc neîndestulător şi cu alimente de rea calitate; cine are păsări, oi sau vaci se hrăneşte foarte rar cu produsele lor pe care mai bine le vând, iar ei se mulţumesc cu legume de tot felul. Pâinea se întrebuinţează foarte rar de săteni şi nu se feresc a se hrăni cu mălai stricat, chiar când nu e lipsă. Dacă ele nefiind falsificate s-ar întrebuinţa cu moderaţie şi la mâncare, ar folosi mult, mărind puterea nutritivă. Pelagroşi există în judeţul Argeş, maladia datorându-se relei recolte a anilor din urmă, când din cauza întârzierii semănăturilor şi a timpului rece şi umed, sătenii fiind siliţi a-şi aduna porumbul necopt şi neuscat, iar conservarea fiind defectuoasă, s-a stricat astfel substanţa cea mai principală din alimentaţia săteanului, devenind izvorul pelagrei. Astfel, ministerul a luat măsuri ca la toate morile să fie cuptoare pentru uscarea porumbului înainte de măcinare, însă ele nu au fost respectate".

În raportul general asupra serviciului sanitar din judeţul Brăila din anul 1887, apărut în „Monitorul Oficial" din 30 iulie 1888, se precizează că *„principalul aliment este mămăliga din porumb, din mei şi legumele. Pâinea din grâu şi secară nu e folosită decât rareori - la nunţi, cumetrii sau zile de sărbătoare".*

Raportul general asupra serviciului sanitar din judeţul Buzău din 1887, apărut în „Monitorul Oficial" din 31 iulie 1888, cuprinde următoarele date:

„Alimentele populaţiei sunt foarte puţin nutritive, se hrănesc mai mult cu leguminoase de proastă calitate şi insuficiente, băuturi spirtoase alterate din cauza relei conservări; calitatea bună a produselor agricole o vând, iar pe cea alterată o conservă pentru nutriţia lor cotidiană, cauzele slăbirii fizice şi intelectuale, ale pelagrei, ce în fiecare an ia proporţii grave".

În „Monitorul Oficial" din 16 noiembrie 1893 se arată că în judeţul Bacău *„hrana ţăranului rămâne aceeaşi, dacă nu se ameliorează starea sa materială. Hrana e aproape vegetariană şi puţin substanţială, numai la sărbători mănâncă carne, ouă, lapte etc. Săracul, chiar de are o vacă, o găină, speculează produsele lor".*

Scanned with OKEN Scanner

În „Monitorul Oficial" din 20 iulie 1894, referitor la modul de hrănire în județul Botoșani, s-au făcut următoarele constatări: *„La alimentațiunea rea nu pare a juca primul rol sărăcia materială, căci se observă țărani cu dare de mână, gospodari buni, nutrindu-se tot așa de frugal ca și cei mai săraci. De-i întrebi de ce nu se nutresc mai bine, răspund că așa s-au nutrit și strămoșii și părinții lor".*

În Raportul medicului primar al județului Vâlcea către Direcțiunea Generală a Serviciului Sanitar („Monitorul Oficial" din 30 aprilie 1894) se afirma:*„Atât locuitorii cât și autoritățile, nemaifiind stimulate, au revenit la vechiul obicei de nepăsare, care este caracteristic națiunii noastre, așa că, aceleași cauze au produs aceleași efecte: bolile numeroase, unele sporadice, altele endemice și epidemice, în frunte cu paludismul, anemiile și hidremiile consecutive, bolile tubului digestiv produse de o alimentație insuficientă, proastă în cea mai mare parte și incompatibilă la copii mai ales cu vârsta lor fragedă, și de abuzul băuturilor spirtoase ce au început și în acest județ de un timp încoace să se facă din spirturi nerafinate cu diferite esențe, au bântuit populația județului pe o scară întinsă, producând mortalitate însemnată și contribuind la scăderea natalității".* Pelagra, care până atunci afecta în proporție mare populația județului, a început să se diminueze. Bolile tubului digestiv (enterită cronică și gastroenterită) au contribuit în mare măsură la creșterea ratei mortalității, mai ales la copii. Alimentația proastă a favorizat declanșarea acestor boli.

În aceeași perioadă, referitor la modul de hrănire în județul Constanța, se afirmau următoarele: *„Influența stabilirii românilor în Dobrogea se cunoaște de departe, căci lanurile de porumb sunt imense. Câmpurile întinse și odinioară necultivate, azi sunt pline de bucate, precum grâu și mei. Turcii și tătarii n-au semănat porumbul niciodată. Se mai cultivă mult secara, iar inul aproape de Babadag, apoi fasolea, și mai puțin cânepa. Ici și colo începe a se cultiva „părânga", plantă de nutreț foarte productivă și nutritivă. O dată cu introducerea culturii porumbului încep a se ivi unele cazuri de pelagră. În general, hrana variază după naționalități. Așa tătarul mănâncă pâine din orz, supă de mei amestecată cu seu de oaie, carne de berbec și de cal. Turcul rar mănâncă pâine de secară, mai des pe cea de mei și orz, uneori carne de berbec, lapte, ouă și orez. Creștinul se hrănește cu legume, zarzavat, mămăligă și rar pâine de grâu și secară. Românul, în acest caz, o întrebuințează sub formă de azimă. Apoi lapte, brânză, păsări și pește, mai rar carne de berbec și pastramă; căci plugarul de aici e mai bogat și are vite mai multe. Porcul ce nu se vedea pe aici, înainte, se observă și el prin comună. Musulmanul se hrănește mult mai rău și e mai debil decât românul, iar timp de 40 de zile cât ține RAMAZANUL, el nu mănâncă decât seara. Așadar, hrana românului și bulgarului este identică cu a celor de peste Dunăre. Baza ei o reprezintă vegetalele, iar în post, mămăligă cu ceapă și usturoi, adesea și lapte, brânză, ouă, rar carne".*

Scanned with OKEN Scanner

În *Monitoarele Oficiale* din 20 iulie 1894 şi din 11 iunie 1895 au apărut date referitoare la modul de hrănire în judeţul Dorohoi: *„Alimentaţia ţăranului e formată din mămăligă, brânză, peşte sărat. Laptele, ouăle, reprezintă un lux pentru ţărani, iar carnea se consumă la Paşte sau Crăciun. Ţăranul se alimentează foarte frugal, dar spirtoase bea din abundenţă"*.

Înainte cu două decenii se scria despre acest judeţ: *„Păpuşoii ocupă întinderea cea mai mare de pământ, fiindcă ei formează baza principală a alimentaţiei poporului. După păpuşoi vine grâul ce se cultivă mai mult pentru exportaţiune decât pentru consum interior. Secara se cultivă mai mult pentru a se preface în rachiu, asemenea orzul, mai mult pentru rachiu decât pentru vite, cărora preferă să le dea ovăz. Se mai cultivă: mei, hrişcă, cartofi, cânepă, in, fasole, bob, mazăre, linte. Fasolea se cultivă în ţarini şi grădini şi s-au recoltat, în 1860, 996 kg., iar cartofi 100000 kg. Se mai cultivă şi anasonul care serveşte la prefacerea rachiului în rachiu de anason. Raportul între producerea de grâu, secară şi porumb s-a schimbat. La 1860 era: păpuşoi 40%, grâu 24% şi secară 20%; în 1888, grâul şi secara împreună reprezentau 65%, iar păpuşoiul 12,6%. În 1890-1891, porumbul era dublu faţă de grâu şi secară, iar ovăzul produs în cantitate mai mare decât în orice alt judeţ"* (Buletinul Ministerului Agriculturii).

Alimentaţia ţăranului din judeţul Gorj şi particularităţile acesteia sunt descrise în „Monitorul Oficial" din 27 septembrie 1894 astfel:

„Ţăranul se nutreşte exclusiv cu mălai, adică turtă făcută din făină de porumb cu apă, coaptă repede sub un capac de fier, numit ţest; dar mănâncă şi mălai vechi de 2-3 zile, sau mămăligă adesea mucegăită, veche, ceapă, usturoi, fasole, azimă crudă, varză acră şi prea puţină carne de porc afumată. Coacerea mălaiului nu se face complet. Mazărea şi lintea ca şi cartofii sunt rare. Se cultivă porumb tomnatic cu boabe mari, adesea alterându-se pentru că e cules înainte de a ajunge la maturitate".

Referitor la particularităţile şi starea alimentaţiei ţăranului din judeţul Ilfov, în „Monitorul Oficial" din 22 iulie 1894 există următoarele aspecte:

„Hrana locuitorilor a început să se amelioreze, deşi în multe locuri era insuficientă, mămăligă sau pâine, legume uscate sau verzi, foarte rar carne. Pâinea se vede mai des pe masa ţăranului, deci şi pelagra scade; 2/3 din locuitori sunt vegetarieni. Varză, dovleceii, castraveţii, ţelina, morcovii, ceapa, usturoiul, murăturile, sunt adesea consumate. Laptele folosit puţin pentru că nu le place, este vândut".

Tot în publicaţia „Monitorul Oficial" din17 noiembrie 1893, 24 iunie 1894 şi 23 iunie 1895 se scria despre specificul şi modul de alimentaţie al ţăranului din judeţul Muscel:

Scanned with OKEN Scanner

„Locuitorii se ocupă cu lemnăria şi cu brânzeturile. Ei se hrăneau puţin şi prost în comparaţie cu munca pe care o făceau. Zona muntoasă cumpără porumb de la câmp, la munte neajungând niciodată la maturitate. În regiunea podgoreană şi intermediară se nutresc mizerabil, numai cu vegetale, iarna mai ales cu varză, murături, dovleac fiert, prune fermentate şi mămăligă. Regiunea muntoasă, cu o cultură de vite mai răspândită se bucură şi de alimente animale, pe lângă cele vegetale: lapte, brânză, ouă, carne".

Referindu-se la starea de nutriţie a ţăranului din judeţul Neamţ, în „Monitorul Oficial" din 22 decembrie 1889 se arată că:

„Nutrimentul e prost nu din cauză că ţăranul ar fi nepriceput, ci din cauză că nu-l are. Mămăliga e hrana obişnuită. Hrana e aproape vegetariană. Ţăranul sărac, de are o vacă sau o oaie, o vinde".

Judeţul Prahova, deşi cel mai bogat din ţară, se caracteriza printr-o alimentaţie insuficientă, aşa cum arată „Monitorul Oficial" din 23 august 1888:

„Porumb aproape exclusiv, foarte rar carne, şi atunci alterată, sub formă de cârnaţi sau pastramă. Pentru consumul normal, se cer 130 g materii azotate: deci ca să se compenseze pierderile pe 24 de ore, ar trebui aproximativ 1 200 g + 3 600 apă la mămăligă = 4 800 g, pe care nimeni nu ar putea să le ingere fără pericolul de a se sufoca; prin urmare, în această imposibilitate de a mânca mămăligă în cantitate suficientă, hrana săteanului devine necorespunzătoare".

În judeţul Roman, alimentaţia ţăranului era insuficientă şi proastă din punct de vedere calitativ, aşa cum rezultă din „Monitorul Oficial" din 3 iulie 1888. Astfel *„alimentaţiunea e insuficientă; se face mămăligă din porumb stricat, ce cauzează pelagra, fasole, ceapă, foarte rar carne. Toată vara mănâncă exclusiv fructe care dau naştere la enterite. Laptele, ouăle, brânza sunt vândute pentru a-şi procura alte lucruri necesare. În iulie şi august neavând în câte un an ce mânca, sunt siliţi a-şi face mămăligă din orz, deşi e greu de mistuit. În unele comune mâncau mămăligă cu drojdii de vin. Cu această ocazie s-au ivit o serie de maladii caracterizate de dr. Teodori, ca fiind intoxicaţii alimentare ce au apărut mai ales la copii sub 10 ani, cu simptome de asfixie, fără febră sau vreo amigdalită".*

În „Monitorul Oficial" din 27 martie 1894 se spune:

„Copiii cu poftă de mâncare, după 3-4 zile de tulburări gastrointestinale, fie mureau sufocaţi, fie se vindecau". Medicul primar al judeţului, dr. Oncescu, în raportul său din 1892 şi 1893, afirma că *„pentru ţăran calitatea hranei nu avea valoare, ci doar cantitatea, bazându-se pe mămăligă şi vegetale, pâinea şi carnea fiind puţin întrebuinţate. Copiilor mici li se dau alimente indigeste; de aici bolile gastrointestinale şi marea mortalitate în primii ani de viaţă".*

Scanned with OKEN Scanner

Aşa cum a afirmat Gh.Crăiniceanu în *Higiena ţăranului român* (1895), *„cantitatea bucatelor consumate de ţăran o putem taxa la 530 kg/an, socotind 360 kg cereale, 150 kg legume, 10 kg carne de porc, 5 kg carne de alte animale, 5 kg de grăsime"*.

În „Ţara noastră" (1875, p.206) Petre S.Aurelian arăta că *„în România se consumă de locuitor pe an cam 246 oca de cereale, 3 de fasole, linte, bob, 18 oca de carne, 9 de vin şi 17 de rachiu şi 3 ocale de sare"*.

Nu trebuie uitată justa observaţie a lui Sulzer care spunea că *„femeile române ţin mai mult la haine decât la bucate"*, sau a lui Spiridon Popescu care spunea că *„pentru deprinderea ţărancei de a face bucate mai bune, mai raţionale, ar trebui să înveţe de mică principii de valoare a alimentelor"* (*Higiena ţăranului român*,1896).

Până la sfârşitul secolului al XVIII-lea predominau cultura de mei şi cea de porumb. Din mei se făcea mămăligă sau mălai, precum şi bragă, îndeosebi în judeţele Ialomiţa, Romanaţi, Brăila şi în unele părţi din Ardeal. Din porumb (păpuşoi, cucuruz) se făcea mămăligă (coleaşă), turtă în spuză, mălai în ţest, rar la tavă. De asemenea, erau cunoscute terciul sau păsatul din mălai, jumeri din făină de porumb cu lapte acru şi untură. Din hrişcă, în Ardeal, Moldova, pe lângă Brăila şi în Basarabia se făcea mămăligă, pâine, păsat sau caşă.

Legumele erau frecvent folosite în alimentaţia ţăranului român din acele vremuri, alături de pâine sau mălai, deşi producţia nu era îndestulătoare. Legumele preferate erau lintea, mazărea, bobul, fasolea, varza şi ciupercile. Fasolea fiartă era pregătită cu ceapă prăjită (iachnie) sau ca ciorbă. Mazărea şi bobul se preparau cu ulei, fiind „bătute" şi apoi trecute prin sită.

În anul 1860 Petre S.Aurelian („Ţara noastră", p.83) a estimat că s-au produs în toată ţara aproape 13 milioane ocale de fasole şi linte.

În judeţul Iaşi, în anul 1883 reveneau pe familie următoarele cantităţi de legume: 19 kg fasole, 2 kg de mazăre, 1,26 kg de linte; în judeţul Tecuci, în anul 1884 reveneau 3 kg de fasole pe persoană, iar în total, 327,642 kg fasole, 516 kg linte şi 9 460 kg bob („Monitorul Oficial", 10 octombrie 1885).

Varza, importantă în alimentaţia ţăranului român, se cultiva în cantitate mult mai mare pe vremea romanilor. Fiind consumată în stare proaspătă, fiartă sau murată, era considerată a fi un aliment foarte hrănitor. La prepararea ei se folosea untdelemnul sau carnea grasă.

Castraveţii şi ardeii, consumaţi în stare proaspătă (ca salate cu sare) sau muraţi, erau folosiţi ca adjuvanţi la mâncărurile grase sau la fasole, şi erau consideraţi ca având valoare nutritivă minimă. P. S. Aurelian („Ţara noastră", 1875, p.211) a arătat că pepenii, castraveţii şi dovleceii se cultivau mai mult decât în orice ţară a Europei.

Scanned with OKEN Scanner

Cartofii *„deşi uşor de mistuit erau încă puţin nutritori. Se zice că în timpul foametei din 1770, când numai în Boemia ar fi pierit 180 000 de oameni, cartofii au prins bine la multă lume; se mai scrie apoi că din America sunt aduşi în Europa ca şi fasolea şi tutunul."* Deşi puţin hrănitori, erau recomandaţi ca adaus la alte bucate. Medicii primari de judeţe au raportat că se cultivau în cantităţi mai mari pentru fabricile de spirt. Despre cultura de cartofi din judeţul Iaşi, Alexandrini în lucrarea intitulată „Studiul statistic despre agricultură" (1884) a furnizat următoarele date: în anul 1876 producţia a fost de 260 000 kg; în anul 1877 - 150 000 kg şi în anul 1882 - 160 000 kg; în anul 1883 - 216 500 kg. În anul 1885 s-au cultivat 225 hectare de cartofi în judeţul Muscel , 226 hectare în judeţul Neamţ, 390 hectare în judeţul Tecuci, iar în anul 1886 s-au cultivat 276 ha cartofi în judeţul Bacău. Alexandrini a publicat în „Buletinul statistic general al României" din anul 1892, p.90, cifre exacte referitoare la producţia de cartofi din toate judeţele (anii 1890-1891).

„Consumul de verdeţuri, din grădinile şi livezile proprii ţăranului este crescut în această perioadă. Deşi se ştia că valoarea lor nutritivă este redusă, combinate cu alte alimente erau foarte indicate. Se foloseau mult urzicile, mai ales greceşti, ştirul, loboda, spanacul, dragaveiul şi fasolea verde. Susaiul, lăptucile, grâuşorul se fac salată cu oţet, sare şi usturoi, sau ciorbă, ca şi fasolea verde, acrită cu zarzăre, cu prune, măcriş sau alte fructe verzi şi acre. Dovleacul era folosit fiert, mai ales copt. Guliile, ţelina, napii, morcovii, ridichile, sfecla, hreanul, dovleceii, bamele, pătlăgelele vinete sau roşii sunt întrebuinţate foarte rar. Pătrunjelul se pune numai în bucate de carne. Tot rar se întrebuinţează şi mărarul, mai ales la castraveţii muraţi. Sparanghelul, ardeiul verde şi roşu, cimbrul, untişorul se folosesc ca salate" („Igiena", 1890, p.48).

Fructele folosite în alimentaţie erau zarzării, corcoduşele, merele, perele, gutuile, prunele, cireşele, vişinele, dudele, fragii, zmeura, căpşunile, strugurii, aguridele, porumbele, fructe care erau considerate însă puţin nutritive. Nucile şi alunele erau folosite mai mult pentru uleiul care îl conţin. Adesea, uleiul de nuci era folosit la prepararea bucatelor în loc de grăsime animală. Se folosea, în acelaşi scop, uleiul de cânepă, de floarea soarelui, de jir şi de măsline (zaichin).

„Aliment destul de nutritor, deşi greu de mistuit, bureţii sunt folosiţi adesea pentru mâncare, puşi în sare înainte de a-i găti pentru a-şi pierde otrava" („Igiena", 1888, p.200).

Dr.Popescu-Takenu („Igiena", 1890, p.242) arăta că la noi se consumau ciupercile albe (trufele ţării noastre), mânătărcile în oţet (ghebe), bureţii de Odessa etc .

Münk („Einzelernährung und Massenernahrung", Jena, p.77) a făcut referiri la consumul de peşte, pus în sare, considerând *„scrumbia ca ieftină, gustoasă şi*

Scanned with OKEN Scanner

nutritoare". Peştele, consumat mult în ţara noastră, era folosit proaspăt, sărat, fiert sau fript, cu orez sau untdelemn.

Sardelele, ţârii, icrele, se consumau ca atare sau ca salată. „*Între bolnavii de stomac vor fi destui care au făcut excese în mâncarea de ţâri şi icre sărate*".

Referindu-se la consumul de peşte, dr.Codrescu afirma în publicaţia „Igiena", 1880, p.95 că „*mai uşor de mistuit sunt: păstrăvul proaspăt, apoi carasul, şalăul, ştiuca, crapul, iar mai greu de mistuit, somnul, morunul, linul etc.*".

În privinţa tehnicii pregătirii produselor lactate şi a laptelui, românii au fost şi sunt foarte pricepuţi.„*Telemeaua (brânza de putină, bulgărească) se face din laptele din care s-a scos untul. Laptele considerat aliment complet, mai ales în primul an de viaţă, este numit „mâncare copilărească"; lipsind copiilor îi expune pe aceştia la o mortalitate crescută. Mult lăudate la acea vreme au fost caşcavalurile şi brânza de burduf, ambele fiind digerabile. Urda, mai puţin nutritivă, e însă mai uşor de digerat*" („Igiena", 1880, p.102). Laptele bătut se bea mult în Muntenia. Iaurtul hrănitor e bun pentru stomacurile leneşe în mistuit. *Corasla* (colostrum), ce se face la 2-3 zile după ce fată vaca, se dă fiartă la copii.

Din alimentaţia ţăranului român lipsea cafeaua cu lapte, comparativ cu alimentaţia altor popoare, unde acest produs alimentar nu lipsea. În acest sens reamintim, spre exemplificare, colonia de italieni din comuna Miroslava, judeţul Iaşi, care deşi trăia în condiţii grele, nu îi lipsea din alimentaţie cafeaua cu lapte.

Ouăle, deşi existente în cantităţi mari în casele ţăranilor, erau consumate mai ales la Paşti, în restul zilelor anului fiind vândute.

Alimentul important al ţăranului român era carnea, socotit însă „alimentul de sărbători".

În anul 1861, referindu-se la bolile şi alimentaţia ţăranului român, dr.Felix scria în „Analele economice"(pag.60) că „*frigurile intermitente erau cea mai răspândită boală în ţara noastră şi jumătate din mortalitate i se poate atribui acestei boli; trebuie deci ca şi carnea să fie mai bine reprezentată în alimentaţia ţăranului*".

În anul 1875 (ziarul „Voinţa naţională") Petre S.Aurelian a estimat consumul de carne pe locuitor/an la 23 kg, observând că la oraşe există un consum mult mai mare de carne decât în mediul rural. „*La noi ţăranul care taie carne de porc de Crăciun mănâncă cam 10 kg de carne de porc, iar în rest de oaie, având slănină cu straturi de carne prin grăsime şi fiind mai gustoasă. Cârnaţii graşi, caltaboşii făcuţi cu sânge închegat se strică uşor, trebuind a fi consumaţi în scurt timp căci altminteri consumatorul se poate îmbolnăvi*".

Carnea era consumată de ţăran „cu linte". Cârnaţii subţiri făcuţi din carne de porc se conservau prin afumare. Carnea ca atare era conservată prin sărare. Pastrama

Scanned with OKEN Scanner

se consuma mai mult în Dobrogea, şi aproape deloc în Transilvania. Bucăţile din carne destinate a deveni pastramă erau mai rău tratate decât pieile de oaie, aruncate prin nisip şi noroi. *„Ar fi de dorit ca să se facă îmbunătăţiri în această privinţă, până ce nu ajunge America sau alte ţări a ne concura şi în principalele noastre produse"* afirma Gh. Crăiniceanu în *Igiena ţăranului român*.

„Păsările de casă, ţăranul le vindea. Alte păsări decât cele domestice se consumă puţin. Vitele mari erau rar tăiate, din cauza lipsei de consumatori, în cătunele mici.

În ceea ce priveşte felurile de bucate, ele sunt puţine la număr. Ţăranul român gătea, de regulă, un singur fel de mâncare, «fie borş sau ciorbă, fie altă fiertură; la sărbători şi friptură, rar prăjitură. Mâncărurile turceşti ghiudem, ciulama, pilaf, iachnie, ghiveci, nu se prea fac de către ţăran»".

Opiniile medicilor primari de judeţe, în rapoartele lor cu privire la modul de alimentaţie, erau următoarele:

„În judeţele Buzău, Prahova, Putna şi Râmnicu-Sărat se consumă peşte şi pastramă alterate, produsele vitelor şi păsărilor le vând în judeţul Botoşani unde iarna nu prea este lapte, pentru că vacile sunt rău ţinute; în judeţul Brăila cumpără peşte şi alte legume, cu bani din vânzare ca şi în judeţul Vaslui, unde trăiesc rău din cauza sărăciei şi a bigotismului. Tot din cauza neaverii se hrănesc rău şi în judeţul Neamţ.

În judeţele Ilfov, Ialomiţa, Tutova, hrana e bună şi suficientă. În Dolj şi Teleorman oamenii se hrănesc mai mult cu peşte din bălţi şi Dunăre. Cartofii se consumă mai mult în judeţele Iaşi şi Suceava. În judeţul Brăila oţetul este ceea ce pentru moldovean este borşul. În judeţul Roman fructele cauzează o serie de enterite, iar mămăliga cu drojdie de vin dă intoxicaţii alimentare la copiii până la 10 ani. Carnea se consumă rar în judeţul Tecuci, iar în judeţul Tutova, Dolj, mai frecvent".

Gh. Crăiniceanu consemna în *Igiena ţăranului român* următoarele aspecte:

„Astăzi locul lumânărilor l-a luat petrolul, iar locul mierii, zahărul de fabrică. Va trebui, deci, să ne acomodăm spiritului timpului, să cultivăm produsele care se caută astăzi. Sfeclele şi napii, întrebuinţaţi şi la fabricarea de zahăr şi alcool, s-ar putea cultiva în cantităţi mai mari şi la noi. Rapiţa, care dă primul ban ţăranului din recolta anuală, ar trebui apreciată şi la noi. Hameiul, cânepa, inul, mătasea, brânza, păsările domestice, fructele din pomi roditori altoiţi, oi, porci şi alte vite, să le cultive ţăranul nu numai pentru uzul lui ci şi pentru export. Nu cerem ţăranului să-şi ia de la gură ce are şi să vândă, să exporte, ci mai înainte să cultive aceste produse în mod raţional şi abundent şi apoi să beneficieze de ele în mod folositor".

În lucrarea *Raporturi economice* a lui Gh. Crăiniceanu (anul 1888) au apărut date referitoare la cele patru sortimente de băuturi alcoolice produse la noi în ţară. *„Astfel, producţia de rachiu de prune a fost în Vâlcea de 185 478 hl, Prahova 144 260 hl,*

Scanned with OKEN Scanner

Muscel 106 159 hl, iar celelalte judeţe aveau producţia de 100 000 hl. Spirtul de bucate era produs în judeţele Dorohoi, Brăila, Prahova, Ilfov. Rachiu de vin produc 21 de judeţe, dintre care Buzău 5 150 hl, Dolj 3 082 hl, Mehedinţi 2 872 hl, Tecuci 2 641 hl, Râmnicu Sărat 2 527 hl şi Teleorman 1 134 hl. Rachiu de tescovină şi drojdii produc toate judeţele.

Raportând consumul de băuturi alcoolice pe locuitor, vin în Vâlcea: 122 l de spirtoase pe individ, Muscel 115, Gorj 109, Dâmboviţa 94, Prahova 69, Olt 66, Dolj 54, Buzău 34, Mehedinţi 6, Vaslui 5, Botoşani 5, Bacău 4, Constanţa 1,6. Vinul s-a produs în Dolj 2 700 000 hl negru şi 100 000 hl alb. Repartiţia vinului pe cap de locuitor a fost de la 865 l în Dolj, 405 în Râmnicu Sărat, 336 în Romanaţi, 238 în Vlaşca, 223 în Teleorman, 180 în Bacău, 80 în Gorj, 96 în Iaşi, 59 în Prahova, 5 în Brăila, 4 în Argeş, 1/2 în Neamţ".

„*Alcoolism nu a fost întâlnit în judeţul Brăila, Dolj, Ilfov şi Ialomiţa. În judeţul Vâlcea şi Râmnicu Sărat se dau băuturi alcoolice şi copiilor mici. În judeţul Botoşani s-a considerat că la apariţia cazurilor de pelagră ar fi contribuit şi alcoolul din porumb stricat*".

Părerile referitoare la acţiunea alcoolului asupra organismului au fost împărţite la acea vreme. Astfel, Moleschott în cartea sa despre nutrire, scrisă pentru popor, afirma că „*ar fi crud să-l frustrăm pe cel ce cu sudoarea feţei abia îşi câştigă un prânz frugal, de alcoolice*".

Gh. Crăiniceanu în *Igiena ţăranului român* susţinea că „*lipsa de hrană duce la beţie, căci în doză mare alcoolul ameţeşte foamea, ca şi alte ingrediente sau medicamente vechi şi noi, cum e cafeaua, cocaina, cola*".

Consumul vinului era mai recomandat decât cel de ţuică. „*Va trebui să înlesnim ţăranului producerea de alte băuturi mai bune decât spirtoasele acelea tari. Hrana trebuie negreşit îmbunătăţită*".

Mustul de mere şi pere se folosea în părţile muntoase. D. Păunescu (*Igiena*, p. 136) spunea că el se prepara şi din mere pădureţe. În zonele cu multe fructe (Tirolul şi Stiria) se consuma cidru în cantităţi mari, substituindu-se astfel lipsa de vin.

Braga nu era consumată de ţărani, fiind considerată „un lux". Despre bragă *Brockhaus Lexikon*, 1892, III, p. 400 spunea că ar fi o băutură preparată de cazaci din făină de ovăz sau mei, cu malţ şi hamei. Ubicini considera că a fost introdusă la noi în ţară de albanezi. În Transilvania, nici măcar la oraşe braga nu era cunoscută. În Moldova, sub denumirea de bragă se înţelegea „*rămăşiţele de la velniţe, pe care le mănâncă vitele*".

Berea era consumată doar în mod cu totul excepţional de către ţărani, ea fiind foarte scumpă. Era consumată mai des în Banat unde, de altfel, se şi fabrica. În Ardeal, în părţile Năsăudului berea era preparată din orz.

Scanned with OKEN Scanner

În „*Analele economice din România*"(1862) întâlnim semnificative referiri la modul de hrănire din acea vreme:

„*Frugalitatea era o virtute pentru un popor agricol. Abstinența la hrană era una dintre cele mai mari cauze a nedezvoltării producției naționale. Dogma statistică care arată că mortalitatea era în proporție directă cu prețul hranei nu mai este aplicabilă la noi, căci concură şi alte momente. Cele mai multe boli, cea mai mare mortalitate corespunde posturilor ținute cu rigurozitate*".

„*O mulțime de agenți externi, neputincioşi în fața organismelor bine întreținute, devin cauze de îmbolnăvire a celor rău nutrite*". Frigurile intermitente erau una dintre cele mai răspândite boli în Țara Românească, aproximativ jumătate din rata mortalității fiind reprezentată de acest tip de boală. Se considera că până când nu va creşte consumul de carne în alimentație, boala nu va înceta să existe. Era recomandată carnea proaspătă de vacă, iar în lipsa ei carnea de oaie şi de capră.

Laptele era considerat a fi alimentul complet, însă producția lui era scăzută. Brânza, caşul şi caşcavalul erau considerate ca fiind alimente greu digerabile, neavând aceeaşi putere nutritivă ca şi laptele.

„*Hrana generală, uneori exclusivă, era porumbul sub formă de mămăligă şi păsat. Foarte rar cultivatorul român consumă pâine. Făina de grâu era consumată ca fiind mai hrănitoare decât făina de porumb. Porumbul conține puține substanțe ce se cer unui aliment de forță, şi multe altele îi lipsesc complet. De aceea, porumbul consumat exclusiv nu poate menține organismul în stare normală*".

Alimentația unilaterală a țăranului român din acea perioadă a determinat apariția bolii numită palagra, boală semnalată pentru prima oară în Țara Românească în anul 1846.

O dată cu promulgarea Legii rurale, în 14/26 august 1864 s-a desființat claca şi boierescul, desfăşurându-se procesul de împroprietărire a țăranilor.

Articolul I al legii cuprindea următoarele prevederi:

„*Sătenii clăcaşi sunt şi rămân deplin proprietari pe locurile supuse profesiunii lor. Această întindere este în funcție de numărul vitelor, deci de posibilitatea de lucru a țăranilor şi anume: în Muntenia, pentru săteanul cu 4 boi şi o vacă, 11 pogoane (55 129,69 m² - pogonul având 5 011,79 m²), pentru cei cu 2 boi şi o vacă 7 pogoane, iar pentru cei cu o singură vacă 4 pogoane*".

Totalul general al țăranilor împroprietăriți în temeiul Legii din 14/26 august 1864 a fost de 511 896 familii, pe o suprafață de 2 038 640,269 ha, media fiind de 3,98 ha de familie.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL III

ALIMENTAŢIA ÎN ROMÂNIA LA ÎNCEPUTUL SECOLULUI AL XX-LEA

Alcătuirea societăţii româneşti, cu ponderea diferitelor clase şi categorii, exprimă de fapt evoluţia şi deceniile de după redobândirea independenţei depline, stadiu atins în jurul anului 1900. Ţărănimea, cu 1 015 302 proprietăţi, reprezenta peste 81% din populaţia ţării, stăpânind mai puţin pământ decât cei 4 171 de mari proprietari. În interiorul clasei ţărăneşti diferenţele erau notabile, burghezia sătească însumând 36 318 proprietăţi (aproximativ 19,2 ha), ţărănimea mijlocaşă -176 375 gospodării (5-10 ha) , iar restul - ţărani săraci (sub 5 ha).

Odată cu dezvoltarea industriei s-a afirmat în România proletariatul (numărul muncitorilor fiind de 107 010 în perioada 1901-1902).

În această perioadă ţara noastră era printre primele din Europa în privinţa natalităţii, dar şi a mortalităţii. Aşa cum afirma dr. Nicolae Lupu într-un studiu igienico-social „*printre cauzele de mare mortalitate a locuitorilor ţării noastre stă pe primul loc slaba rezistenţă a indivizilor. În primul an de viaţă mor 35% din copii, iar aceasta se datorează mizerabilelor condiţii în care trăieşte săteanul român. Şi detestabil este şi regimul alimentar sărac şi vicios. Alimentaţia raţională a omului, fiind izvorul puterii şi sănătăţii, constituie, după Chauveau, cea mai importantă dintre problemele economiei politice şi sociale pentru care motiv ea trebuie să fie prima preocupare a puterilor politice, iar regulile sale fundamentale teoretice şi practice trebuiesc cunoscute de toţi*".

În acele vremuri raţiile alimentare zilnice pentru un individ erau apropiate de cele actuale. Pentru 2 400 kcalorii, valoare stabilită pentru un adult aflat în stare de repaus, se indica a fi consumate: 107 g proteine, 64 g lipide şi 407 g glucide. În cazul indivizilor supuşi la o muncă fizică mai grea se indicau pentru consum 152 g proteine, 85 g lipide şi 630 g glucide, iar în cazul celor ce prestau munci obositoare: 191,3 g proteine, 132,2 g lipide şi 810,8 g glucide.

Proporţia optimă între principiile nutritive era considerată a fi o parte albumină, 0,5 părţi grăsime şi 4 părţi hidrocarbonate, iar raportul între proteinele animale şi cele vegetale era de 40-50% /50-60%.

Scanned with OKEN Scanner

Studiile făcute de Nicolae Lupu asupra modului de alimentație al țăranului român în această perioadă s-au bazat pe cercetări extinse asupra a 40 de familii, cu 150 de indivizi adulți, incluzând și copii peste 10 ani care prestau munci asemănătoare celor mari. Cantitatea totală de alimente a fost însumată și repartizată la cele 150 de persoane, iar suma medie de alimente consumată anual de un individ a fost împărțită la 365, obținând în acest mod „media zilnică individuală de alimentație".

Astfel a reieșit că zilnic cele 150 de persoane adulte au consumat în medie:

1000 g făină de porumb (mălai);
50 g făină de orz;
20 g grâu (fiert, colivă);
25 g secară sub formă de pâine neagră;
4 g orez;
10 g fasole boabe;
10 g fasole verde;
1 g mazăre;
65 g cartofi;
40 g carne (15 g de pasăre, 15 g de porc, 2 g de vacă, 3 g de oaie, 5 g de pește);
20 g lapte;
5 g ouă (la zece zile 1 ou);
10 g brânză;
50 g varză;
10 g ceapă;
45 g struguri;
5 g ardei;
2 g untdelemn;
1 g zahăr;
30 g știevie, urzici;
115 g zeamă de varză;
800 g borș;
250 g vin.

Consumul zilnic de persoană era de 2 558 g alimente, din care 1 165 g erau lichide fără valoare nutritivă (borș, zeamă de varză, vin), 1 318 g alimente de origine vegetală (din care 1 000 g porumb) și numai 75 g alimente de origine animală. Din calculul conținutului în principii nutritive a reieșit că zilnic erau întrebuințate:

100 g albuminoide (proteine);
42 g grăsime (lipide);
793 g hidrocarbonate (glucide).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte raţia zilnică alimentară, concluzia a fost că proteinele erau consumate în cantitate mai mică, la fel şi lipidele, iar glucidele în exces. Datele obţinute au fost comparate cu cele ale raţiilor alimentare echilibrate apărute în lucrarea *L'alimentation* a lui A. Gautier (1837 - 1920). Referitor la acest studiu dr. Lupu conchidea:

„Din cele ce preced, rezultă că ţăranul nostru se alimentează cu un regim exclusiv vegetal rău echilibrat, în care albuminoidele sunt înglobate în hidrocarbonate; regim în care substanţele ce regenerează ţesuturile sunt puţine şi de proastă calitate; regim în care grăsimea producătoare de forţă şi calorie este, de asemenea, în prea mică cantitate. Rezultatele unui asemenea regim sunt întâi şi întâi o supraactivare a tubului digestiv în general şi a stomacului în special, acesta trebuie biciuit, excitat cu acide (borş moale), ardei şi alcoolice ca să poată mistui acea mare cantitate de alimente. După supraactivare vine şi hipoactivitate: vicierea secreţiilor, distensia pereţilor organului, inflamaţia mucoasei lui interne, astfel că mai toţi ţăranii se vaită de stomac. Vătămătura, leşinul de dimineaţă, durerea şi arsura la stomac sunt simptome ce nu lipsesc la nici un ţăran. Organismul uzându-se necontenit şi nereapărând pierderile prin întrebuinţarea unei cantităţi şi calităţi suficiente de albuminoide apare îmbătrânirea precoce. Femeile la 30 de ani au faţa ca la 50 de ani şi vlaga tot aceeaşi. Bărbaţii au faţa trasă, galbenă, zbârcită şi pământie. Este cunoscută slaba rezistenţă a indivizilor la intemperiile iernii şi la schimbarea anotimpurilor precum şi mortalitatea mare".

Gautier afirma că *„ popoarele cele mai active, cele mai întreprinzătoare sunt acelea ce consumă multă carne, excitant al centrilor trofici ai nutriţiei. Pe când românul mănâncă 10-12 kg de carne pe an, francezul consumă 38 kg, iar englezul 59 kg. Pe când românul consumă cel mult 4 litri lapte pe an, englezul consumă 40, iar francezul 60".*

Cauzele alimentaţiei deficitare ale acestei perioade erau bine cunoscute: sărăcia ţăranului şi practicile religioase greşite care-i supuneau la posturi prelungite. *„Laptele este aşa de puţin, că nu se întrebuinţează ca aliment, ci ca medicament! Noi, medicii rurali cunoaştem această chestiune mai bine ca oricare alţii. Principala noastră dificultate în combaterea epidemiilor de febră tifoidă şi de scarlatină era tocmai lipsa laptelui".*

Ignoranţa ţăranului român în ceea ce priveşte modul lui de hrănire a determinat ca şi familiile mai avute să se alimenteze necorespunzător. Necunoaşterea valorii nutritive a alimentelor a avut drept rezultat comiterea de către ţăran a unor greşeli mari în ceea ce priveşte alimentaţia sa: *„...cine nu ştie că ouăle se dau pe covrigi, bomboane şi peşte sărat!..."*

„În privinţa modului de hrănire pe perioada posturilor, mai ales a celui mare de la sfârşitul iernii, timp de 50 de zile ţăranul consumă numai mămăligă,

Scanned with OKEN Scanner

zeamă de varză şi hrean, până şi untdelemnul fiind interzis. Spre deosebire de săteni, monahii se hrănesc mai bine. Nu muncesc deloc, iar lapte consumă în cantităţi mari".

Concluziile dr. Lupu referitoare la modul de hrănire al ţăranului român sunt „*limpezi ca lumina zilei*". „*Reiese că, datorită modului de hrănire vegetarian şi vicios al poporului nostru, nu putem aspira la un viitor strălucit. Cum ne hrănim noi însă, nu putem sta mai sus decât populaţiile nenorocite ale Indiei, căci - la indivizi sau la populaţii rău hrănite nu trebuie să pretinzi activitate intelectuală, muncă grea şi continuă. Procurând o muncă suficientă, chiar excesivă, aceşti ţărani nutriţi rău se moleşesc într-un fel de trândăvie şi vis şi se tocesc repede. Cu acele regimuri insuficiente, omul istoveşte repede şi dispare la o vârstă mijlocie, la care lucrătorii bine nutriţi ai marilor târguri civilizate, cu toate obiceiurile vicioase pe care le aduce civilizaţia, mai au încă ani de trăit*".

În alte documente scrise ale timpului există date la fel de importante în ceea ce priveşte regimul alimentar al oamenilor: „Regimul alimentar al oamenilor mulţi ai ţării merge într-o progresie geometrică spre regimul alimentar al vitelor. Au ajuns deja la orz în timpuri normale, pe când înainte recurgeau numai în grele timpuri de foamete. Apoi pelagra îşi zburleşte din ce în ce mai mult capul de furie".

În „Buletinul Direcţiunii Generale a Serviciului Sanitar" (anul XVI, No.13, 14, p.269) dr. V. Babeş, cunoscutul nostru savant, indica raţia zilnică a unor alimente pe care individul le consuma în perioada de repaus:

800 g mămăligă
200 g fasole
50 g brânză
3/4 kg lapte
100 g peşte, raţie zilnică contestată de ceilalţi oameni de ştiinţă, datorită ,în primul rând, „ *lipsei de albumină, de grăsime, de hidrocarbonate*" şi, în al doilea rând, datorită „*preţului ridicat al unui meniu pe o zi* ".

În această perioadă deja era considerată ca fiind necesară „*educarea maselor în privinţa unei alimentaţii raţionale, posibilă cu mijloacele de care ele dispun actual*".

Baza educaţiei şcolare atât la oraş cât şi la sat trebuie schimbată. Dr. Iacob Felix scria că „*învăţătoarea trebuie să înveţe pe fetele ţăranilor economia casnică care să le arate cum se poate găti cu puţină cheltuială, bucate hrănitoare şi variate*".

Dr. Spiridon Popescu în valoroasa sa lucrare *Contribuţiuni la munca pentru ridicarea poporului* afirma că „*nu e nici o deosebire sau nu trebuie să fie între felul de viaţă, de hrană şi de gospodărie al unui ţăran care ştie carte, de a unuia care nu ştie.*

Scanned with OKEN Scanner

În încheierea studiului igienico-sanitar efectuat de dr. Lupu în anul1905 se spunea că „*un regulament sever în care să se stabilească raţiunile alimentare ştiinţifice pe care proprietarii sunt obligaţi să le dea lucrătorilor la muncile agricole în special, trebuie instituit într-un viitor cât mai apropiat. Ţărănimea, esenţa românească, adevăraţii şi singurii români, trebuie scoşi din sărăcie. Înavuţirea rapidă şi solidă a ţăranilor trebuie să fie suprema ţintă a tuturor celor ce cu adevărat iubesc ţara asta*".

În lucrarea *Cercetări asupra hranei omului* (1907) prof. dr. G. Proca a arătat rolul ştiinţelor sociale în alimentaţia populaţiei, afirmând următoarele idei:

„*Cunoştinţele privitoare la alimentarea locuitorilor intră în cadrul ştiinţelor sociale, fiindcă multe din cauzele care silesc populaţia să se hrănească într-un fel sau altul sunt de natură socială*".

În ţările industrializate cercetările s-au îndreptat asupra felului în care se hrăneau muncitorii din fabrici şi ateliere, deoarece aceştia formau partea cea mai însemnată a populaţiei, atât în ceea ce priveşte numărul acestora cât şi valorii din punct de vedere economic. La noi însă, sănătatea populaţiei rurale serios ameninţată din cauza regimului alimentar necorespunzător este afectată de pelagră şi alcoolism, existând o strânsă legătură între regimul alimentar deficitar şi existenţa pelagrei şi alcoolismului. Rata mortalităţii copiilor mici şi rata mortalităţii în general au fost influenţate puternic de hrana deficitară, insuficientă în aceste zone rurale.

Cercetările publicate de dr. C. Popescu şi N. Lupu au fost restrânse la un număr mic de familii, astfel încât generalizarea concluziilor pentru întreaga ţară nu a fost tocmai corectă.

G.Proca şi Gh.T.Kirileanu au efectuat o anchetă colectivă la nivelul întregii ţări, referitoare la modul de alimentaţie al ţăranului. Aceştia au trimis 3 480 chestionare învăţătorilor de la sate, care trebuiau să supravegheze completarea lor cât mai corectă în perioada 15 ianuarie -1 martie 1906.

Concluziile referitoare la tipul de alimentaţie a ţăranului au fost trase în baza a 12% din chestionarele trimise. Cele 496 de familii studiate consumau 22 tipuri de alimente după cum urmează:

1. mălai - 99 de familii (din 100 de familii)
2. carne - 85"
3. varză - 71" (murată, zarzavat)
4. brânză - 65"
5. untură - 62"
6. pâine - 51"
7. ouă - 71"
8. păsări - 51"

Scanned with OKEN Scanner

9. lapte dulce - 45”
10. peşte - 43”
11. fasole - 40”
12. slănină - 38”
13. lapte acru - 27”
14. cârnaţi - 27”
15. făină de grâu - 26”
16. prune - 14”
17. cartofi - 13” familii (din 100 de familii)
18. zahăr - 12”
19. orez - 11”
20. pastramă - 7”
21. smântână - 5”
22. miere - 1”.

Gătirea bucatelor era primitivă. Învăţătorii din Argeş, Dolj, Mehedinţi, Romanaţi şi Vlaşca notau că „gospodinele nu ştiu să gătească”. D.G. Mărăcineanu din Argeş scria că „*ţăranii nu ştiu găti: dacă taie o pasăre, o pun în vas, pun apă şi sare şi iată mâncarea gata. Carnea de porc nu o gătesc decât cu varză şi o fac cârnaţi. Brânza aproape lipseşte*”.

Alteori gospodinele nu aveau vreme să gătească. Astfel, D.I. Susanu din Bacău observa că „*nu se ţine la gătirea bucatelor: să fie cum o fi, dar să fie... Copiii mici nu stau la masă. Femeile cunosc arta culinară, dar o aplică numai la zile mari, încolo nu e vreme pentru asta*”.

Pentru săptămâna de post observaţiile au fost făcute pe 487 familii, familii ce consumau următoarele alimente:

1. Mălai - 98 (din 100 de familii)
2. Varză murată, zarzavat - 96”
3. Fasole - 89”
4. Pâine - 54”
5. Cartofi - 54”
6. Untdelemn - 45”
7. Orez - 32”
8. Prune - 32”
9. Măsline - 29”
10. Peşte - 17”
11. Linte - 10”
12. Dovleci - 9”
13. Mazăre - 8”

Scanned with OKEN Scanner

14. Zahăr - 8"
15. Sfeclă - 5"
16. Magiun - 4"
17. Icre - 3".

„Dacă dintre leguminoase, lintea şi mazărea se consumă în 8-10% din familii, iar bobul în mai puţin de 3% din familii, aceasta nu e excepţie şi nici întâmplare".

Hidrocarbonatele uşor asimilabile din alimente ca orez, prune, dovleci, zahăr, sfeclă, magiun, se consumau în 5-32% din familii.

Varietatea tipurilor de mâncare era destul de limitată, întâlnind frecvent în alimentaţie fasole şi murături, cartofi copţi şi prăjiţi, mai rar, sarmale de post, prune fierte sau salată cu măsline.

Raţia zilnică de albumină, grăsime şi hidrocarbonate pentru alimentaţia ţăranilor din mai multe judeţe este redată după cum urmează:

Judeţul	Albumină	Grăsime	Hidrocarbonate	Observaţii
Argeş	34,9 g	18,5 g	212,3 g	10 familii
Mehedinţi	30,0 g	15,0 g	197,0 g	16 familii
Olt	32,0 g	18,0 g	205,0 g	12 familii
Neamţ	29,0 g	16,0 g	162,0 g	6 familii
Prahova	29,0 g	15,0 g	105,0 g	15 familii
Total:	154,0 g	82,0 g	941,0 g	59 familii

Astfel, un adult consuma 115 g albumină, 84 g grăsime şi 640 g hidrocarbonate pe zi, iar în perioada postului 108 g albumină, 42 g grăsime şi 703 g hidrocarbonate, valoarea calorică zilnică ajungând la 3 654 calorii. Spre deosebire de valorile raţiilor alimentare ale locuitorilor Germaniei aceleaşi perioade (H.Lichtenfelt), la noi raţia alimentară era săracă în albumine şi grăsimi, dar bogată în hidrocarbonate.

Valorile obţinute în urma anchetei făcute de G.Proca, ca şi rezultatele cercetărilor efectuate anterior, aratau că nu se simţea cu acuitate lipsa de proteine, în condiţiile în care se considera a fi suficientă o cantitate de 70-80 g proteine/zi şi 56 g lipide/zi. Însă aceste rezultate nu erau valabile *„dacă proporţia glucidelor nu ar fi fost atât de ridicată, fiind cu mult mai ridicată decât permite fiziologia"* adică 4-500 g/zi.

Proca afirma că *„în regimul obişnuit al ţăranului acest surplus este absolut necesar fiindcă numai cu preţul unui consum exagerat de hidrocarbonate, reuşeşte locuitorul de la ţară să scoată din alimente grăsimea şi materiile azotoase de care nu se poate lipsi"*.

„Mălaiul singur dă 65-66% din totalul proteinelor şi 52-60% din totalul lipidelor pe o zi. Din această cauză, soarta alimentaţiei ţăranului depinde de calităţile porumbului consumat şi de cantitatea în care acest aliment poate fi ingerat".

Scanned with OKEN Scanner

„Țăranii nevoiți să scoată din mămăligă cea mai mare parte a alimentelor azotoase și grase sunt supuși subnutririi și din cauză că adesea nu pot să mănânce și să digere mai mult de 900 sau 1 000 g mălai pe zi. Asemenea formă de subnutrire se întâlnește mai ales la femei, care îmbătrânesc și mor la o vârstă mai puțin înaintată decât bărbații".

Cantitatea de materii azotoase care nu se găsește în porumb și care reprezintă peste 35% din rația zilnică de albumine (proteine) se regăsește în cantități mici în unele leguminoase, în carne, pește, lapte și brânză.

Hrana țăranului era deficitară, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ, fiind simplă, săracă, nepotrivită muncilor depuse la țară.

În legătură cu alimentația copiilor școlari domnul învățător D. Cerbulescu afirma: *„Timp de 15 zile am obligat elevii să-și aibă toți masa la școală și am văzut că cei mai mulți mâncau mălai gol, necernut și necopt bine, unii aveau cepe, alții pește sărat, iar câțiva, câte un ou și o bucată de slănină crudă".* Această situație generalizată la nivelul întregii țări impunea, după spusele lui G. Proca, înființarea de urgență a cantinelor școlare. *„Cantinele școlare să devină o nevoie absolută, nu numai pentru buna hrănire a copiilor, ci și pentru educarea practică a viitorilor muncitori. Copiii deprinși a mânca bine, când vor ajunge tineri și oameni, nu vor mai putea răbda să fie hrăniți sau să se hrănească ei înșiși mizerabil".*

Perioadei de început a secolului al XX-lea i-a corespuns un mod de alimentație deficitar la nivelul întregii țări. Evident, nu au întârziat să apară repercusiunile asupra stării de sănătate a populației. Toți cercetătorii recunosc sporul absolut al îmbolnăvirilor de pelagră în această perioadă. Medicul primar al județului Buzău constata în anul 1906 că numărul pelagroșilor devenise de trei ori mai mare în cursul ultimului deceniu. În multe județe raportul dintre numărul pelagroșilor de la sate și totalul populației rurale justificau semnalele de alarmă referitoare la situația existentă. Astfel de la 20,5% în 1898 proporția bolnavilor de pelagră ajunge la 65,77% în județul Roman în 1903 și la 64,9% în 1906.

Raportul asupra rezultatului terapeutic al bolnavilor de pelagră din stațiunea balneară Călimănești din vara anului 1903 preciza că unul din efectele curei a fost „mărirea poftei de mâncare a pelagroșilor". Acționând pe aceeași linie, Direcția Serviciului Sanitar a dispus în anul 1906 ca 26 de spitale din mediul rural să organizeze câte „un serviciu de hrănire a bolnavilor de pelagră". Începând din mai și până la sfârșitul lui septembrie a aceluiași an, toți pelagroșii care se prezentau la consultațiile spitalului duminica sau în celelalte zile de sărbătoare primeau un bon gratuit în schimbul căruia li se oferea ciorbă de carne și pâine.

Din rapoartele medicilor primari rezultă că bolnavii veneau de la mari depărtări pentru a căpăta acest prânz excepțional.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi natura avitaminozică a pelagrei nu fusese precizată în acea perioadă, legătura dintre boală şi deficitul alimentar era unanim recunoscută.

Istoricii medicinii au stabilit că pelagra nu s-a ivit concomitent cu introducerea porumbului în alimentaţia ţăranului nostru, ci aproximativ la 100 de ani după aceea, adică la mijlocul secolului trecut. Consumul de mămăligă nu are efect pelagrogen decât prin întrunirea unui întreg complex de împrejurări care să favorizeze apariţia bolii. Toţi cercetătorii acelei perioade admiteau că etiologia pelagrei este legată de hrana monotonă bazată aproape numai pe mămăligă, din care erau excluse aproape în totalitate proteinele animale şi, în primul rând, laptele.

Atâta vreme cât consumul de porumb era combinat cu cel de carne şi lapte, sănătatea săteanului nu era afectată.

George Coşbuc nota despre alimentaţia ţăranului nostru: *„Cu durere în suflet o spunem că nu numai între neamurile vecine, dar poate că între toate neamurile pământului pe care nu le-a bătut Dumnezeu în vreun petic de pământ nerodnic şi fără păşuni, noi românii suntem dintre cei ce se hrănesc prost, vreau să zic cu hrană mai neîndestulătoare şi mai ticăloasă"*.

„Ţăranii se alimentau puţin şi prost pe toată perioada anului. Unii chiar afirmau că pentru ei alimentarea ar fi ajuns să reprezinte o formalitate aproape penibilă, considerând adevăratele alimente (carne, ouă, brânză, lapte, peşte) ca pe nişte lucruri simple ce servesc pentru a da gust mămăligii, spre a fi în mod mai plăcut înghiţită".

„Atât de slabă era recolta de plugar de pe petecul său de pământ, dacă îl avea, atât de mizeră cantitatea de produse cu care era retribuit muncitorul agricol angajat de moşieri şi arendaşi, încât proviziile gospodăriei ţărăneşti se istoveau în pragul primăverii. Altă ieşire nu avea ţăranul decât «îndatorarea la exploatatorii săi»".

O amploare deosebită în acea vreme o avea opinia potrivit căreia deficienţele din alimentaţie s-ar datora şi lipsei de „educaţie culinară" a sătencei. E drept că se gătea de regulă prost, însă acest fapt se datora în mare parte absenţei mijloacelor materiale care, dacă ar fi existat, ar fi contribuit în mod substanţial la îmbunătăţirea artei culinare din bucătăria ţărănească. Lipsa de cunoştinţe culinare era urmarea, nu pricina alimentaţiei necorespunzătoare.

Alimentele de origine vegetală stăteau la baza alimentaţiei de atunci. În acest sens, profesorul N.Manolescu în *Igiena ţăranului* remarca:

„A mânca ceapă cu mămăligă sau praz cu mămăligă, sau murături cu mămăligă, sau varză acră cu mămăligă, sau castravete verde cu mămăligă sau prune cu mămăligă, exemple ce se văd des şi în toate regiunile ţării, este a mânca după un sistem vegetarian sărac".

Scanned with OKEN Scanner

Într-adevăr, proteinele animale aproape că nu existau în alimentație. Sărăcirea progresivă a săteanului a avut ca efect şi nerespectarea, în multe cazuri, a tradiției „porcului de Crăciun".

Referindu-se la posturile religioase şi la sărăcia generalizată a țăranului român, dr. C.Popescu-Azuga,medicul primar al județului Covurlui, menționa în teza sa de doctorat din anul1903: „*Țăranul nostru în chestie de alimentație este cu totul ateu, căci dacă are prilejul mănâncă fără ezitare carne, brânză, lapte, chiar şi în vinerea Paştelui.Chiar dacă nu ar exista nici o zi de post, săteanul va posti mult şi bine, pentru că hrana de dulce e scumpă şi el nu şi-o poate procura*".

Dr. A. Urbeanu nota: „*Săteanul român, nu numai că n-a evoluat spre o hrană mai bună, mai substanțială, ci, dimpotrivă, a trebuit să se acomodeze unei alimentații din ce în ce mai reduse, inferioară cantitativ şi calitativ celei din trecut*". Această constatare a fost făcută în anul1906, anul jubileului celor patru decenii de domnie a lui Carol I. Existau, de altfel, indicii sigure ale diminuării neîntrerupte a rației alimentare țărăneşti. Începând din anul 1876 şi până în anul1903, producția totală de porumb a crescut de la numai 120 000 vagoane la 192 000 de vagoane, iar exportul a crescut în aceeaşi perioadă de 4 ori. Sporul natural al populației fiind în creştere (în această perioadă) a avut ca efect scăderea rației anuale de porumb ce revenea fiecărui cap de familie, rație care a scăzut în intervalul respectiv de la 230 kg la 146 kg.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL IV

ALIMENTAŢIA ÎN PERIOADA DINTRE CELE DOUĂ RĂZBOAIE MONDIALE ÎN ROMÂNIA

Şi după împroprietărirea din 1918 hrana ţăranului rămâne în continuare la fel de dezechilibrată.

În anii 1921-1922 se conta pe o suprafaţă agricolă cultivabilă de peste 10 milioane ha, ceea ce reprezenta dublul celei folosite în vechea Românie în anul 1915. Sporirea suprafeţelor agricole a fost mai accentuată fiind de 43% anual între anii 1921şi1924, perioadă în care terenurile arabile reprezentau 11 224 000 ha, din care 9 778 000 ha (81,7%) erau cultivate cu cereale, 246 000 ha (2,2%) erau cultivate cu plante tehnice, 468 000 ha (4,2%) erau ocupate de fânețe, iar ogoarele ocupau restul de 357 000 ha (3,1%). România se plasa între primele state ale lumii ce dispuneau de vaste zone agricole. Producţia de cereale raportată la aceeaşi perioadă interbelică reprezenta 77,1% din totalul producţiei agricole în anul 1920 şi 80,9% în anul 1921.

În anii 1919-1920 efectivul de animale domestice reprezenta 59%, respectiv 64,8% din cel existent în perioada antebelică.

Ca exportatoare de cereale România, care înaintea primului război mondial livra pe piaţa internaţională cantităţi totale mai mari decât cele exportate de Ungaria, Iugoslavia şi Bulgaria, a redevenit, începând din anul 1920, cel mai important exportator de cereale dintre statele agricole danubiene. România s-a aflat pe primul loc până în anul 1924 la exportul de porumb, orz şi grâu.

Esenţial pentru situaţia agriculturii era persistenţa în mediul rural a marilor latifundii. Edificator în acest sens este faptul că în perioadele legiferării reformei agrare 1 075 308 ţărani deţineau 46,7%, iar 4 171 de mari moşieri latifundiari stăpâneau 42,5% din pământul cultivabil al ţării.

În acest context, în timp ce poziţiile economice ale comercianţilor şi industriaşilor se consolidau, nivelul de trai al ţăranilor, muncitorilor şi micilor meseriaşi din mediul rural şi cel urban scădea din ce în ce mai mult, în primul rând datorită creşterii preţurilor.

Într-un articol publicat în „Muncitorimea nouă" din aprilie 1919, referitor la deterioarea nivelului de trai al muncitorului se notau următoarele constatări:

Scanned with OKEN Scanner

„Leafa noastră dintr-o zi nu ajunge să luăm un kilogram şi jumătate de mălai care îndestulează masa de prânz. Ca să mai cumpărăm fasole sau alte alimente nu mai avem cu ce, iar seara ni se culcă copiii morţi de foame".

Urmările războiului au avut repercusiuni şi asupra situaţiei ţărănimii. Majoritatea gospodăriilor ţărăneşti fuseseră distruse în timpul operaţiunilor militare. Sub titlul semnificativ „*Ne mor satele de foame*" în ziarul „Adevărul" există următoarele constatări dureroase: „*Un strigăt de disperare ne vine din satele noastre în care, pe lângă lipsuri de tot felul, şi plugul din bătătură, lipseşte pâinea. Copiii ne mor de foame şi cu dânşii mamele dezvlăguite şi părinţii întorşi de la război la o gospodărie pe care un duşman neiertător a distrus-o*".

Între anii 1921şi 1930 suprafeţele cultivabile cu plante tehnice au crescut de la 0,6% la 1,4%; dintre ele se bucura de o atenţie deosebită cele cultivate cu floarea soarelui. Cultura sfeclei de zahăr, a tutunului şi rapiţei, se menţine restrânsă în suprafeţe ce reprezentau un procent mai mic de 0,5% din terenurile arabile ale ţării.

În momentul izbucnirii crizei economice, structura proprietăţii ţărăneşti se prezenta astfel: un număr de 2 460 000 de gospodării ţărăneşti aveau suprafeţe de teren de 1-5 ha (74,9% din totalul gospodăriilor), suprafeţe ce reprezentau 28% din total, în timp ce 25 000 de gospodării deţineau suprafeţe de teren agricol mai mari de 50 ha (42,2% din suprafaţa totală). Din cele 2 460 000 de gospodării ţărăneşti, 620 000 (18,6%) aveau teren agricol mai mic de 1 ha, un număr de 1 700 000 de gospodării ţărăneşti (33,5%) deţineau suprafeţe de 1-3 ha pământ cultivabil, iar 700 000 de gospodării ţărăneşti nu posedau pământ.Restul de 140 000 gospodării ţărăneşti aveau teren agricol cu întindere de până la 5 ha.

În acest context economic vom plasa în continuare cercetări şi studii asupra alimentaţiei poporului român, cercetări care subliniază încă o dată dependenţa modului deficitar de alimentaţie de nivelul de trai al acestei perioade.

Dr. G. Banu a publicat în „Revista de igienă socială" din noiembrie 1931 articole referitoare la cercetări făcute asupra alimentaţiei copiilor de şcoală în România. Lotul studiat a fost reprezentat de copii de ambele sexe având vârsta cuprinsă între 2 şi 22 ani . Studiul s-a efectuat în Preventoriul Agigea şi concluziile au fost următoarele: fiecărui copil îi revenea în medie un număr de 3 730,7 kcalorii zilnic. Valoarea energetică mare a alimentelor ingerate a avut deci ca rezultat o creştere în greutate mai mult decât satisfăcătoare, având în vedere că este vorba de un regim preventorial (54,4 g/zi). Nu acelaşi lucru însă se poate spune în urma anchetei privind alimentaţia copiilor din Bucureşti, anchetă efectuată în patru şcoli primare. Datele obţinute în urma anchetei efectuate în fiecare clasă (anchetă ce a constat în întrebări referitoare la modul de alimentaţie) sunt redate în Tabelul 1.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 1

	Şcoala nr.25 băieţi		Şcoala nr.25 fete		Şcoala nr.33 băieţi		Grădiniţa nr.6		Total	
	Nr. copiilor din 8 clase	%	Nr.copiilor din 10 clase	%	Nr. copiilor din 4 clase	%	Nr. copiilor din 8 clase	%	Nr. copiilor	%
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nr. copiilor chestionaţi	331	-	338	-	142	-	22	-	833	-
Nr. copiilor care mănâncă o dată pe zi	8	2,4	23	6,8	-	-	-	-	31	3,7
Nr. copiilor care mănâncă de 2 ori pe zi	105	37,7	97	28,7	110	7	5	22	317	26
Nr. copiilor care mănâncă de 3 ori pe zi	106	32	120	35	69	48	7	31,8	302	36,3
Nr. copiilor care mănâncă de 4 ori pe zi	37	11,2	27	8	37	26	7	31	108	13
Nr. copiilor care mănâncă de 5 ori pe zi	75	22,7	71	21	26	18,3	3	13,7	175	21
Nr. copiilor care nu dejunează	79	23,9	89	26,3	10	7	-	-	178	11,4
Nr. copiilor care dejunează cu ceai fără pâine	138	41,7	152	45	84	59,2	7	31,8	381	45,7
Nr. copiilor care dejunează cu lapte	80	24,2	118	34	48	33	5	22,7	251	30

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nr. copiilor care nu au ce mânca	20	6	33	9	3	2	-	-	56	6
Nr. copiilor care mănâncă lapte zilnic	96	29	161	47	55	38	17	77	329	39
Nr. copiilor care mănâncă pâine la toate mesele	327	98	338	100	142	100	22	100	829	99
Nr. copiilor care nu mănâncă leguminoase	12	3	2	0,6	6	4,2	6	27,2	26	3,7
Nr. copiilor care mănâncă fructe	269	81,3	309	91,4	100	70,7	16	72,7	694	83,3
Nr. copiilor care nu mănâncă decât o dată pe săptămână carne	50	15	31	9,2	15	10,6	2	9	98	11,8

În urma anchetei făcute în aceste şcoli din Bucureşti a rezultat că 3,7% dintre elevi nu mâncau decât o singură dată pe zi, 11,4% nu luau micul dejun, la 45,7% micul dejun consta din ceai fără pâine, iar 6% din copii cu apetitul intact nu aveau ce mânca. Din numărul copiilor anchetaţi doar 11,8% nu consumau carne decât o singură dată pe săptămână. Concluzia finală a acestei anchete a fost că alimentaţia copiilor de vârstă şcolară din mediul urban era total insuficientă, atât din punct de vedere cantitativ cât şi din punct de vedere calitativ.

În perioada martie-septembrie 1930 dr. Banu G. a efectuat o serie de cercetări referitoare la starea de nutriţie a copiilor de vîrstă şcolară din România, cercetări efectuate pe un număr de 2 149 de elevi. Copiii examinaţi au fost împărţiţi în următoarele grupuri: grupul copiilor cu supragreutate; grupul celor cu greutate

Scanned with OKEN Scanner

normală; grupul celor la care hipoponderabilitatea era de 15%; grupul celor la care hipoponderabilitatea era de 16-18%, şi, în fine, grupul reprezentat de copiii ce aveau cu 19-26% mai puţin faţă de greutatea indicată în tabelele de greutate ale lui Baldwin-Wood.

Din totalul celor 2 149 de copii şi tineri examinaţi, având vârsta între 2 şi 20 de ani, 1 126 erau băieţi, 1 023 erau fete; 538 copii aparţineau mediului rural (jud. Ialomiţa şi Ilfov), iar 1 111 aparţineau mediului urban (Bucureşti).

În cursul verii au fost examinaţi 1 320 de copii de la Preventoriul Agigea (jud.Constanţa), trimişi din toate colţurile ţării, fiind şi ei împărţiţi în timpul studiului în copii proveniţi din mediul rural şi copii proveniţi din mediul urban.

În primul rând a fost stabilit gradul de subnutriţie al copiilor. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 2.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 2

Starea de nutriție a copiilor din mediul rural

Sex	Nr. copiilor	Greutate normală								Greutate subnormală						%	10-26%	
		S1)		N2)		7%		10%		15%		16-18%		19-20%			Nr. copii	%
		Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%			
B.	439	38	8,7	179	40,7	72	16,4	77	17,5	35	8,0	13	3,0	25	5,7	100	150	34,2
F.	387	25	6,4	125	32,3	61	15,7	78	20,2	48	12,4	13	3,4	37	9,5	100	176	45,5
Total	826	63	7,6	304	36,8	133	16,1	155	18,8	83	10,0	26	3,4	62	7,6	100	326	39,5

1) S=supragreutăți
2) N=normal
Mediu rural (com. General Dragalina, jud. Ialomița şi com.Creţeşti, jud. Ilfov)

Tabel 3

Starea de nutriție a copiilor din mediul urban

Sex	Nr. copiilor	Greutate normală								Greutate subnormală						%	10-26%	
		S1)		N2)		7%		10%		15%		16-18%		19-20%			Nr. copii	%
		Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%			
B.	165	10	6,4	72	43,6	29	17,6	32	19,4	12	7,3	2	1,2	8	4,8	100	54	32,7
F.	149	6	4,0	47	31,6	31	20,8	29	10,5	16	10,6	5	3,4	15	10,1	100	65	43,6
Total	314	16	5,4	119	37,9	60	19,4	61	19,5	28	8,9	7	2,2	23	7,3	100	119	37,9

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 4

Starea de nutriție a copiilor din mediul urban

Sex	Nr. copiilor	Greutate normală								Greutate subnormală						%	10-26%	
		S1)		N2)		7%		10%		15%		16-18%		19-20%			Nr. copii	%
		Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%			
B.	274	28	10,2	107	39,1	43	15,7	45	16,4	23	8,4	11	4,0	17	6,2	100	96	35,6
F.	238	19	8,0	78	32,8	30	12,6	49	20,6	32	13,4	8	3,4	22	9,2	100	111	46,6
Total	512	47	9,2	185	36,1	73	14,3	94	18,4	55	10,7	19	3,7	39	7,6	100	207	40,4

grădinițele nr.6 şi 19, Orfelinatul dr.Zigora

Tabel 5

Starea de nutriție a elevilor din Preventoriul Agigea

Mediul	Sex	Supra normal		Normal		7% sub/gr.		10% sub/gr		15% sub/gr		16-18% sub/gr.		19-26% sub/gr.		Total copii	%	10-26% sub/gr.	
		Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%			Nr. copii	%
Total urban rural	B	5	4,6	41	38,0	23	21,3	19	17,6	10	9,2	3	2,8	7	6,5	108	100	39	36,1
	F	3	2,7	33	29,2	15	13,2	29	25,7	14	12,4	5	4,4	14	12,4	113	100	62	54,0
	B	19	3,3	215	37,3	106	18,4	139	22,4	47	8,2	10	1,7	50	8,7	576	100	236	41,0
	F	15	2,9	195	37,5	92	17,6	92	17,6	53	10,1	11	2,1	64	12,2	523	100	220	42,1
	B	24	3,5	256	37,4	129	18,9	158	21,7	57	8,3	13	1,9	57	8,3	694	100	275	40,2
	F	18	2,8	228	36,4	107	16,8	121	19,0	67	10,5	16	2,5	78	12,3	635	100	282	44,3
Total		42	3,2	484	36,8	236	17,9	279	20,4	124	9,3	29	2,2	135	10,2	1329	100	557	42,2

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 6

Starea de nutriție a copiilor în general, după mediu (rural, urban) și sex

Mediul	Sex	Supra normal		Normal		7% sub/gr.		10% sub/gr		15% sub/gr		16-18% sub/gr.		19-26% sub/gr.		Total copii	%	10-26% sub/gr.	
		Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%	Nr. copii	%			Nr. copii	%
Total urban rural	B	15	5,5	113	41,4	52	19,0	51	18,8	22	8,4	5	4,8	15	5,5	273	100	93	34,1
	F	9	3,4	80	30,5	46	17,6	58	22,4	30	11,7	10	3,7	29	11,1	262	100	127	48,5
	B	47	5,5	322	37,9	149	17,5	174	20,5	70	8,2	21	2,5	67	7,9	850	100	332	39,1
	F	34	4,5	274	36,0	122	16,0	141	18,5	85	11,2	19	2,5	86	11,3	761	100	331	43,5
	B	62	5,5	435	38,8	201	17,9	225	20,0	92	8,2	26	2,3	82	7,3	1123	100	425	37,8
	F	43	4,2	354	34,6	168	16,4	199	19,5	115	11,2	29	2,9	115	11,2	1023	100	458	44,8
Total		105	4,9	789	36,7	369	17,3	424	19,7	207	9,6	55	2,6	197	9,2	2146	100	883	41,1

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 7

Starea de nutriție după mediu şi vârstă

Vârstă (ani)	Numărul copiilor din mediul			SUBNUTRIȚI ÎNTRE 10-26%					
				Mediul rural		Mediul urban		TOTAL	
	Rural	Urban	Total	Nr.copiilor	%	Nr.copiilor	%	Nr.copiilor	%
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2-7	66	244	310	23	34,8	93	38,3	116	37,4
8	80	175	255	31	37,0	61		93	38,8
9	82	194	276	29		85	39,6	114	
10	60	229	289	21		91		112	
11	81	219	300	40	43,3	81	38,4	121	39,6
12	27	132	159	9		55		64	
13	40	121	161	18	40,3	60	45,5	78	44,4
14	51	151	202	25		72		97	
15	34	71	105	18	50,6	28	45,0	46	46,6
16	8	46	54	2		22		24	
17	7	21	28	4	35,3	10		14	
18	2	5	7	-	-	3	48,6	3	46,7

Scanned with OKEN Scanner

S-a constatat că în comuna General Dragalina copiii erau mai bine nutriți decât în mediul urban (în mediu rural 37,9% fiind hipoponderali față de 40,4% hiponderali în mediul urban).

Aceste rezultate au fost confirmate şi de cercetările întreprinse în colonia de copii de la Preventoriul Agigea, pe 1 329 copii care proveneau atât din mediul urban cât şi din cel rural.Rezultatele cercetărilor sunt redate în tabelul 5.Procentul copiilor subnutriți era de 42,4%.

În funcție de mediu din care provin copiii şi de sexul lor s-a efectuat o analiză completă a stării lor de nutriție. Rezultatele acestei analize sunt redate în tabelul 6, ele reprezentând o privire de ansamblu a celor studiate până în acel moment. Procentul general al copiilor subnutriți care consumau cu 10% până la 26% mai puține alimente decât era necesar era de 41,1%. Rezultatele cercetărilor efectuate în mediul rural şi în cel urban pe vârste sunt redate în tabelul 7. Grupa cea mai numeroasă care prezenta procent de subnutriție era cea a celor cu hipoponderabilitate de 10% . În mediul rural la preşcolari procentul celor subnutriți era mai mic decât la cei din mediul urban, dar procentul copiilor aflați în perioada pubertară depăşea însă procentul subnutriților de aceeaşi vârstă din mediul urban.

Precizând gradul de subnutriție al copiilor examinați şi ținând cont de vârstă şi sex, s-au obținut rezultatele din tabelul 8.

Tabel 8

Starea de nutriție în funcție de vârstă şi sex

Vârstă (ani)	NUMĂRUL COPIILOR			SUBNUTRIȚI ÎNTRE 10-26%					
	Băieți	Fete	Total	Băieți		Fete		Total	
				Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
2-7	149	161	310	56	37,6	60	37,3	116	37,4
8	139	116	255	48		44		92	
9	132	141	273	54	37,6	60	40,0	114	38,8
10	155	134	289	56		56		112	
11	166	134	300	54	34,3	67	45,9	121	39,6
12	96	63	159	30		34		64	
13	88	73	161	38	37,0	40	54,4	78	44,4
14	107	96	203	46		51		97	
15	45	60	105	18	42,1	28	51,0	46	46,6
16-18	48	41	89	24	51,0	17	40,9	41	46,7
TOTAL	1125	1019	2144	424	37,7	457	44,8	881	41,1

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, fetele prezentau un procent mai ridicat de subnutriţie (44,8%) decât băieţii (37,7%), atât în mediul rural cât şi în cel urban. Fetele de vârstă preşcolară prezentau acelaşi procent de subnutriţie ca şi băieţii. Procentul fetelor subnutrite având vârsta între 12 şi15 ani era însă mult mai ridicat faţă de cel al băieţilor de aceeaşi vârstă, fapt explicabil prin starea fiziologică specială, specifică acestei perioade. Procentul fetelor subnutrite având vârsta mai mare de 15 ani era mai scăzut decât la băieţii de aceeaşi vârstă. În general, la băieţi s-a înregistrat o curbă de subgreutate în continuă creştere începând cu perioada preşcolară şi până la adolescenţă, fiind mai accentuată la cei cu vârsta de 14-17 ani.

Astfel, concluziile la care a ajuns dr.Banu, în urma studiului efectuat, au fost următoarele:

a) Starea de subnutriţie a copiilor de vârstă şcolară era cu 41,1% mai scăzută decât cea normală.

b) Copiii din mediul urban erau mai subnutriţi decât cei din mediul rural (40,0%, faţă de 37,9%).

c) La fete s-a înregistrat un procent mai mare de subnutriţie decât la băieţi (44,8% faţă de 37,8%).

d) Curba de subnutriţie a băieţilor a urmat o linie regulat ascendentă pentru cei care aveau vârsta mai mare de 10 ani; curba de subnutriţie a fetelor, după un apogeu atins în perioada pubertăţii, a descrescut progresiv.

e) Procentul subnutriţilor a crescut, în general, pe măsură ce copiii înaintau în vârstă.

Referitor la perioada anilor 1932-1933 trebuie amintit acel curent numit *„Mişcarea vegetariană în România"*, susţinut de o serie de oameni de ştiinţă, de la dr.Frangulea la prof.dr.C.I.Parhon, devotaţi şi convinşi de rolul preponderenţei în alimentaţie a alimentelor de origine vegetală. La acea vreme în articolele existente în publicaţiile *„Reforma alimentară"*, *„Vegetarismul sau hrana omului"* se dădeau sfaturi de genul: *„cel mai raţional lucru e să întrebuinţăm alimente igienice, uşor asimilabile, fără toxine şi fără să lase reziduuri în celule şi anume exclusiv alimente vegetale"*, sfaturi ce sunt total revizuite în alimentaţia raţională din zilele noastre.

În anul 1934, N.Cornăţeanu în *Cercetări asupra rentabilităţii agriculturii ţărăneşti* nota următoarele:

„Examinarea situaţiei venitului ţăranului şi consumului pe persoană ne arată că, din totalul acestui consum, 50% e format din alimente. Rezultatul bun şi practic adus de reforma agrară e că avem o ţărănime liberă care are posibilitatea să se hrănească mai bine ca înainte de reformă. Asta nu înseamnă că nu sunt şi familii subalimentate, dar se întâmplă mai ales acolo unde împroprietărirea nu a avut loc, sau în timp de secetă; sau unde capul familiei e un dezordonat".

Scanned with OKEN Scanner

M. Enescu în „Revista de igienă socială" (1935) a publicat un articol referitor la situația economică a populației rurale din județul Roman, în raport cu sănătatea publică și igiena. În acest județ, în anul 1929 numărul micilor proprietari de pământ a crescut considerabil în raport cu cel al marilor proprietari, care dețineau 18% din pământul județului.

Cele mai importante cheltuieli erau cheltuielile alimentare. Alimentația avea caracter vegetarian, predominând cea de post. În această perioadă se consumau cantități mare de pâine. Cu cât gospodăria era mai bogată, cu atât consumul pâinii era mai mare. La baza alimentației stătea însă, mămăliga. Preocuparea principală a unei familii era de a procura porumbul necesar pentru hrană. Iarna anilor 1928-1929 a fost extraordinar de aspră; porumbul a înghețat în hambare, embrionul s-a înnegrit, iar făina a căpătat mucegai, amărându-se la gust. Rezultatul a fost apariția de noi cazuri de pelagră, aproape duble ca număr față de anii precedenți.

Alimentația țăranului, chiar dacă porumbul pe care acesta îl consumă este de calitate, nu dă forță și energie, din cauza insuficienței materiilor azotoase.

Consumul de grăsimi animale și vegetale era minim. Laptele și brânzeturile se consumau în cantitate mică. Zarzavaturile erau consumate în cantități insuficiente în alimentația țăranului. Țăranii foloseau în alimentație mai ales ceapă, morcovi, pătrunjel, țelină și napi. Țăranii consumau mămăligă cu borș, ardei, brânză sărată și iute, pește sărat și măsline.

M. Enescu afirma într-unul din articolele sale că : *„sătenii nu sunt obișnuiți a face conserve; carnea nu se afumă, nu se păstrează pentru vară, așa încât în primăvară, cât ar fi nevoie de o alimentație mai bogată, locuitorii nu dispun decât de brânză, ouă și puțină slănină, hrana substanțială fiind înlocuită cu buruieni. Săteanul nu face economie la alimentele substanțiale; când le are, le consumă în cantități considerabile; când nu, se mulțumește cu buruieni și puține leguminoase, mai ales fasole"*.

Femeile de la țară manifestau o vădită ignoranță în privința preparării alimentelor; *„mâncărurile obișnuite, de legume și buruieni, borșurile le prepară bine, de obicei; nu însă și carnea și peștele. Nu potrivesc avantajos felurile. Multe femei, mai ales cele catolice, strică mâncărurile, preparându-le prost și scoțând din cele mai bune materii prime lucruri cu totul dezagreabile la gust și la vedere"*.

În privința alimentației muncitorilor, M.Enescu constata că *„mănâncă mai bine când sunt angajați la săteni decât la proprietari, care le dau făină de porumb încinsă și amară, pește sărat de calitate rea. După război însă au început să pretindă unele mâncăruri, chiar carne, altfel nemaivenind la lucru"*.

În comparație cu datele dr.Urbeanu din lucrarea *Îmbunătățirea alimentației țăranului român* (1901) și ale prof.Manolescu din publicația *Igiena țăranului român* s-a constatat o ameliorare a alimentației țăranului din acea perioadă.

Scanned with OKEN Scanner

Persista însă acelaşi monofagism, acelaşi deficit de azotoase şi risipă de hidraţi de carbon şi aceleaşi cantităţi enorme de alimente ingerate.

Alimentaţia a interesat individul încă de la începutul omenirii, însă colectivitatea s-a preocupat de problema ei cu mult mai târziu. Războaiele, invaziile de tot felul, recoltele proaste au fost cauze majore ale adevăratelor focare de foamete, aproape în toate ţările. În ultima perioadă, alimentaţia a devenit cu adevărat o problemă pe plan mondial. Populaţia globului până acum 100 de ani a crescut încet, din cauza pandemiilor şi a războaielor; variola din secolul al XIII-lea a redus la o treime populaţia Europei; ciuma şi holera au menţinut multă vreme un echilibru în sporul demografic al populaţiei din China şi India.

În urma progreselor medicinei, populaţia globului s-a dublat în ultimul secol, iar alimentaţia a devenit o problemă de mare importanţă şi interes. Faţă de importanţa sa, de care erau conştienţi oamenii de ştiinţă ai timpului, studiul alimentaţiei ce stă la baza fiziologiei şi patologiei umane a făcut relativ puţine progrese. Toate anchetele mai vechi sau mai recente care au studiat alimentaţia poporului român, au ajuns la concluzii similare. Regimul alimentar din mediul rural este dezechilibrat şi insuficient, reprezentând adesea un adevărat pericol social. Regimul alimentar şi erorile lui au variat în toate provinciile ţării.

Dr. Nitzulescu, considerând că repercusiunile metabolice ale unei alimentaţii greşite ajung doar în anumite cazuri la tulburări de nutriţie şi mai ales la pelagră, a efectuat o serie de studii în regiunile cu pelagră endemică. „*Ceea ce caracterizează în definitiv regimul pelagrogen este, pe de o parte, monotonia şi abuzul excesiv de porumb, iar pe de altă parte, reducerea proteinelor animale, reducere întâlnită chiar şi în Ardeal, unde condiţiile alimentare erau mai bune, iar pelagra o excepţie*". În afară de pelagră, care rămâne pentru noi problemă socială capitală de nutriţie, nu vom întâlni frecvent alte sindroame de denutriţie caracteristice. „*Capacitatea de muncă şi rezistenţa plugarului român sunt impresionante şi denotă cel puţin o adaptare remarcabilă la condiţiile lui vitrege de viaţă. Chiar pelagrosul nu e, de regulă, un adevărat denutrit iar adeseori, în afara crizelor periodice, el e în stare să desfăşoare o activitate destul de vie*".

Dr. Grigore Benetato a ales pentru studiul alimentaţiei din mediul rural două regiuni caracteristice: comuna Ineu (judeţul Bihor) şi comuna Măguri (Munţii Apuseni). Prima, situată în şes la 17 km de Oradea, avea o producţie agricolă multilaterală, o stare economică bună, căi de comunicaţie largi şi posibilităţi de câştig suficiente. Cealaltă comună, aşezată la o înălţime de peste 1 200 m, avea o producţie agricolă limitată, căi de comunicaţie insuficiente şi venituri reduse.

O altă anchetă alimentară a fost făcută în mediul muncitoresc de la oraş (Fabrica de ghete Dermata din Cluj), având în vedere că până la acea dată,

Scanned with OKEN Scanner

studii privind modul de alimentație în mediul urban nu au fost efectuate. Studiile au fost făcute în vara anului 1938 la Dermata şi în octombrie 1933 la Ineu. În comuna Măguri studiile au fost începute în anul 1934, fiind continuate şi completate în anul 1939. Numărul total de persoane anchetate a fost de 323, din care 202 în comuna Măguri (151 adulți şi 51 copii), 88 în comuna Ineu (47 adulți şi 41 copii) şi 53 în fabrica Dermata (29 adulți şi 24 copii).

Alimentația muncitorilor anchetați a fost multilaterală, constând din cereale, carne, lapte, fructe şi legume. Numărul alimentelor naturale consumate se ridica la 44, iar felul mâncărurilor gătite la 20.

Tabel 9

Exemple de mâncăruri caracteristice ale muncitorului de la DERMATA

FELUL I (supe, ciorbe)				FELUL II (mâncăruri)	
Supă de carne	Supă de zarzavat	Ciorbă de cartofi	Ciorbă de fasole verde	Sarmale	Papricaş de pui
Carne 1,15 kg Zarzavat 198 gr Tăiței 100”	Morcovi 20 gr. Pătrunjel 10” Ulei 50” Orez 65” Ouă (buc) 2	Cartofi 2,5 kg. Untură 120 gr. Făină 50” Lapte 500” Ceapă 38”	Fasole verde 2 kg. Ceapă 50 gr. Pătrunjel 10” Untură 50” Făină 100” Boia 4”	Carne de porc 2000 gr. Varză murată 6000” Orez 1000”	Carne de pui 400 gr. Untură 40 gr. Pătrunjel 10” Ceapă 10” Făină 20” Boia 5”

FELUL II (mâncăruri)					
Mâncare de varză	Ghiveci de carne	Tăiței cu nuci	Macaroane cu brânză	Clătite cu urdă	Plăcinte românești
Varză 3 kg. Carne de porc 1,1” Untură 130 gr. Făină 460” Smântână 106”	Gulii 1500 gr. Mazăre 1000” Carne de porc 500” Untură 50” Făină 50” Pătrunjel 125” Orez 125” Boia 4”	Făină 700 gr Ulei 70” Zahăr 112” Nuci 113”	Macaroane 250 gr. Untură 55” Brânză 100”	Făină 310 gr. Lapte 500” Urdă 250” Zahăr 150” Mărar 5” Ouă (buc) 2	Făină 1000 gr. Urdă 500” Ulei 300” Zahăr 220” Drojdie 30” Ouă (buc) 2

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 10

Felul alimentelor naturale consumate
şi proporţia în care aceste alimente intră în alcătuirea hranei

Felul alimentelor naturale			Cantitatea exprimată în kg.	Valoarea energetică exprimată în calorii	Cota procentuală a fiecărui element din valoarea energetică totală a raţiei
0	1	2	3	4	5
ALIMENTE PROTECTOARE	1. Lapte		126,870	76.930,32	10,39%
	2. Derivatele laptelui	brânză urdă unt smântână iaurt lapte acru	6,455	18.695,40	2,51%
	3. Cărnuri	vacă porc berbec pui gâscă	26,050	54.610,07	7,35%
	4. Ouă		4,422	7.154,75	0,96%
	5. Legume	fasole varză gulii morcovi ceapă ridichi castraveţi dovleac mazăre usturoi ciuperci paprica	70,551	18.752,08	2,53%

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 10 (continuare)

0	1	2	3	4	5
	6. Fructe	mere caise coacăze nuci cireşe pere	7,154	3.131, 30	0,43%
ALIMENTE ENERGETICE	7. Pâine		148,237	323.451,07	43,47%
	8. Derivatele cerealelor	făină grâu făină porumb griş orez macaroane cafea	27,324	80.663,10	10,84%
	9. Cartofi		35,271	29.192,55	3,93%
	10. Zahăr		9,424	34.129,37	4,58%
	11. Grăsimi	Animale: untură, slănină topită, jumări	9,629	73.652,97	9,90%
		Vegetale: untdelemn	2,664	22.120,10	2,97%
	12. Fasole uscată		0,455	1.441,92	0,19%
TOTAL			474,506	743.922,10	100%

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 11

Câteva medii care exprimă valoarea energetică și cantitatea de principii nutritive din rația muncitorilor (adulți)

Nr. persoane	Valoare energe-tică în calorii	Principii alimentare în gr.			Minerale în gr.			Minerale în mgr.			Vitamine în mgr.			Vitamine în microgr.	
		Proteine	Grăsimi	Hidrați de carbon	K	Ca	Mg	P	Fe	Cu	A	C	B_1	B_2	D
Viața sedentară															
Bărbați 1	2299	101,0	49,6	391,4	2,60	1,16	10,77	1,67	8,60	3,26	1,64	54,71	891	885	1,45
Femei 2	2344	82,3	67,1	382,5	2,52	0,93	0,30	1,61	14,8	2,87	0,96	29,35	1127	892	0,96
Total 3	2329	88,7	61,3	385,0	2,54	1,01	0,45	1,63	12,7	3,00	1,19	37,70	1048	889	1,12
Efort ușor															
Femei 9	2281	71,2	68,2	363,8	2,86	1,07	0,44	1,59	14,7	2,91	1,82	41,48	920	936	1,11
Efort mijlociu															
Bărbați 7	3410	120	107	524,2	3,88	1,41	0,52	2,37	19,18	4,30	2,39	60,26	1481	1422	1,95
Femei 5	2902	99,2	103,1	429,7	2,80	1,26	0,46	2,72	14,50	3,47	1,92	39,65	1131	1341	1,91
Total 12	3226	113,3	106,12	489,53	3,49	1,36	5,04	2,50	17,50	4,03	2,04	52,41	1349	1399	
Efort intens															
Bărbați 4	3722	118,5	136,6	545,2	3,39	1,21	0,48	2,00	26,2	4,27	1,44	44,34	1367	1318	2,00
Efort obositor															
Bărbați 1	4792	124,4	202,0	643,2	5,24	2,17	0,64	2,59	33,3	4,38	5,50	62,88	1840	2980	2,333
Bărbați total	3525	119,1	119,4	528,9	3,73	1,39	0,53	2,22	15,95	4,26	2,12	55,00	1423	1473	1,95
Femei total	2444	79,5	76,7	382,7	2,80	1,10	0,42	1,87	14,6	3,04	1,73	40,00	998	1031	1,29
TOTAL GENERAL	2908	97,3	95,9	448,3	3,22	1,23	0,77	2,03	15,25	3,59	1,91	47,00	1189	1230	1,59

Scanned with OKEN Scanner

Proporția principiilor alimentare din hrana muncitorilor industriali era următoarea:

	Proteine	Grăsimi	Hidrați de carbon
Total:	12,50%	27,30%	60,20%
Proteine animale:	6,82%		
Proteine vegetale:	5,68%		

Din datele anterioare rezultă că raportul dintre valoarea calorică a hidraților de carbon pe de o parte, a grăsimilor şi a proteinelor pe de altă parte, era de 1,50. Această valoare era departe de cea propusă de Comisia Britanică (1,24%).

Pentru analiza datelor obținute, persoanele anchetate au fost împărțite în 5 categorii, după intensitatea eforturilor depuse (viață sedentară, efort uşor, mijlociu, intens şi obositor). În prima categorie au intrat persoanele bătrâne de ambele sexe, în a doua categorie - femeile menajere, în a treia categorie - muncitorii şi muncitoarele de fabrică ce depuneau eforturi mijlocii, în a patra categorie - muncitorii de la secția de tăbăcărie, iar în a cincea categorie - cei care prestau muncă grea (călcători de piele). Cifrele medii care exprimă valoarea energetică şi cantitatea de principii nutritive din rația muncitorilor adulți sunt redate în tabelul 11.

Comparând valoarea energetică a rației individuale cu cea standard (socotind valoarea netă a unui gram de grăsime egală cu 8,65 calorii, a hidraților de carbon cu 3,83 şi a proteinelor cu 3,68), s-a constatat că, din 29 persoane anchetate, 10 persoane (8 femei şi 2 bărbați) aveau un regim alimentar insuficient din punct de vedere caloric; 53% din femei beneficiau de rații calorice insuficiente. Rația individuală era deficitară în toate cazurile . Sursele energetice frecvent utilizate de muncitori au fost grăsimile animale şi pâinea care, împreună cu derivatele cerealiere, se utilizau zilnic în cantitate de 750 g. Pâinea folosită în alimentație era semiintegrală.

Din 29 de adulți, 6 adulți (20%) consumau proteine în cantitate insuficientă. Ele sunt de proveniență mixtă, proporția celor animale fiind egală cu 5,51% din totalul valorii calorice a rației, apropiată de valoarea considerată normală. Sursele de proteine animale erau reprezentate de carne şi lapte. Proteinele de proveniență mixtă se consumau în cantitate de 107 g/zi, iar proteinele animale se consumau în cantitate de 407 g/zi.

Conținutul în calciu, fosfor şi fier al rației adulților era insuficient. Din 29 adulți, 9 adulți aveau un aport redus de fier, iar 6 adulți un aport redus de calciu. Regimul alimentar al bărbaților aveau un conținut potrivit de minerale, pe când 53% din femei beneficiau de cantități reduse de fier, iar 26% de calciu.

Scanned with OKEN Scanner

Sursele importante de fier erau pâinea, carnea, varza şi ouăle, iar cele de calciu - laptele, pâinea şi brânza. Consumul unor cantităţi mari de pâine de către bărbaţi acoperea nevoile acestora în fier şi calciu.

În privinţa cantităţii de vitamine s-a constatat în regimul tuturor muncitorilor cantităţi suficiente de vitamina B_1 şi insuficienţe de vitamina A, C şi D. Sursele care asigurau necesarul de vitamine erau următoarele:

- pentru vitamina A: lapte, brânză şi legumele verzi (fasole verde, varză, spanac);
- pentru vitamina B_1: pâinea şi carnea de porc;
- pentru vitamina C: cartofii, legumele verzi (varză, fasole verde);
- pentru vitamina D: lapte, ouă, brânză, unt şi smântână.

Aportul de vitamina C, crescut în alimentaţia bărbaţilor, se datora consumului crescut de cartofi. Dacă raţia vitaminică a bărbaţilor atingea standardul optimal pentru vitamina B_1, 50% din numărul femeilor aveau un aport foarte mic în vitamina C, iar 43% aveau un aport situat sub standardul limită în ceea ce priveşte aportul de vitamina C.

Regimul alimentar al copiilor se apropia foarte mult de cel al adulţilor. Deosebirea dintre cele două regimuri consta în faptul că regimul alimentar al copiilor conţinea mai multe fructe (la adulţi acestea reprezentau 0,23% din valoarea energetică a raţiei, iar la copii 0,88%) şi mai puţină carne şi ouă (carnea reprezenta 7,85% din valoarea energetică a raţiei alimentare la adulţi, iar la copii 6,09%; ouăle reprezentau 1,08% din valoarea energetică a raţiei alimentare la adulţi, iar la copii 0,68%).

Raportul dintre valoarea energetică luată sub formă de hidraţi de carbon şi cea furnizată de celelalte principii nutritive, este egal cu 1,5 atât în cazul copiilor cât şi în cel al adulţilor.

Valoarea calorică a raţiei alimentare privind copiii muncitorilor de la Dermata era egală cu cea standard în cazul celor mici, rămânând din ce în ce mai mult sub nivelul standardului alimentar pe măsură ce copiii înaintau în vârstă, fiind insuficientă la adolescenţi (tabel 12).

Proteinele animale reprezentau 5,9% din valoarea calorică totală a raţiei, iar cele vegetale 6,6%. Surse importante erau carnea şi laptele. Din 21 de copii, 7 copii având vârsta cuprinsă între 5 şi 7 ani nu consumau cantităţi suficiente de proteine. Laptele consumat, în medie, pe zi era de 314 g, iar consumul de carne era de 60 g pe zi.

Regimul copiilor conţinea cantităţi suficiente de fosfor, fiind însă sărac în calciu şi fier. Toţi copiii anchetaţi aveau un aport insuficient vitaminic, din pricina consumului redus de lapte, legume verzi şi cartofi. Consumul zilnic era de 156 g pentru legumele verzi, 65 g pentru cartofi şi 31 g pentru fructe.

Rezultatele obţinute în privinţa stării de nutriţie a muncitorilor sunt redate în tabelul 13.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 12

Cifre medii care exprimă valoarea energetică şi cantitatea de principii nutritive din raţia copiilor de muncitori de la DERMATA

Vârsta	Nr. pers	Valoare energ.	Principii alimentare			Minerale						Vitamine				
			Pro-teine	Gră-simi	Hidr. de carbon	K	Ca	Mg	P	Fe	Cu	A	C	B_1	B_2	D
2-5 ani	4	1345	46,1	43,38	208,8	1,57	0,65	0,48	0,95	7,55	1,39	0,88	15,57	503,5	674	1,02
5-7 ani	5	1763	54,5	34,70	280,2	2,06	0,72	0,31	1,25	9,90	2,28	0,98	36,80	752	838	1,14
7-11 ani	5	2069	73,9	61,40	330,4	2,50	0,95	0,37	1,54	13,40	2,52	1,26	32,24	858	867	0,96
11-19 ani	7	2315	79,1	63,72	365,5	2,53	1,03	0,42	1,54	15,80	3,02	1,48	41,90	810	723	0,70

Tabel 13

Starea de nutriţie a muncitorilor de la DERMATA

Numărul persoanelor anchetate	Starea de nutriţie			
	normali	limită	subnutriţi	supranutriţi
13 bărbaţi	47,15%	31,77%	21,08%	0%
11 femei	45,46%	9,09%	36,36%	9,09%
21 copii	43,80%	27,20%	29,00%	0%

Scanned with OKEN Scanner

Mai mult de 1/3 din numărul femeilor, 1/5 din numărul bărbaţilor şi 1/3 din cel al copiilor erau subnutriţi.

Privind latura economică a problemei alimentare la muncitori, s-a constatat că în categoria celor bine plătiţi, procentul subnutriţilor şi al celor „la limită" se ridica până la 41,9%, pe când în categoria muncitorilor cu salariu redus acest procent era de 65%.

Ca o concluzie la studiul efectuat, dr.Benetato spunea: *„corijarea regimului alimentar la femei şi copii poate fi făcută ridicând în primul rând consumarea alimentelor ieftine: lapte, cartofi, legume (sfeclă, dovleac, morcovi, varză) şi, în al doilea rând, a alimentelor scumpe (unt, ouă). Corijarea necesară poate fi realizată prin educarea muncitorului, făcându-l să cunoască valoarea alimentelor şi să înţeleagă însemnătatea alimentaţiei pentru menţinerea sănătăţii"*.

Referitor la alimentaţia şi starea de nutriţie a ţăranilor din Ineu, în urma studiilor efectuate, dr. Benetato afirma: *„hrana ţăranilor din Ineu este mai mult sau mai puţin unilaterală. Baza regimului alimentar al populaţiei anchetate o formează cerealele şi grăsimile, atât animale cât şi vegetale.*

Legumele şi fructele intră în proporţie destul de mare în acest regim, fără să atingă nivelul cerut, iar laptele şi carnea se consumă în cantităţi reduse. Numărul alimentelor naturale consumate se ridică la 37, iar cel al mâncărurilor gătite până la 16".

Raportul dintre energia hidraţilor de carbon pe de o parte, şi cea a grăsimilor şi proteinelor, pe de altă parte, era de 1,84. Din totalul valorii calorice 75,7% o reprezentau caloriile vegetale şi 24,3% cele animale.

Numărul meselor la adulţi şi copii era în număr de trei pe zi. La cei nevoiaşi masa de dimineaţă consta în cartofi fierţi sau lapte şi pâine, cea de la amiază dintr-un singur fel de mâncare (slănină prăjită, tocană de carne). La cei avuţi masa de dimineaţă consta din pâine cu slănină sau lapte, masa de prânz consta din unul sau două feluri (papricaş de pui, de oaie, plăcintă cu brânză), iar cina consta dintr-un singur fel de mâncare. 53% din numărul de adulţi aveau un regim alimentar deficitar. Cerealele erau consumate în cantitate de 720 g pe zi, iar grăsimile în cantitate de 161 g pe zi/om. 25% din populaţia adultă avea un regim redus în proteine, atât animale (4,93%) cât şi vegetale (9,19%). Ele proveneau din pâine, lapte, brânză, urdă şi carne, dar în cantităţi insuficiente (230 g lapte pe zi şi 75 g carne pe zi).

Aportul mineralelor atingea standardul alimentar în privinţa fosforului şi fierului, fiind însă sub nivelul aportului fiziologic, în cazul calciului.

Conţinutul în vitamine al raţiei ţăranilor adulţi era redus, 20% din ei „nu au nici cantităţile limită de vitamina A, C şi D".

Scanned with OKEN Scanner

În privința alimentației copiilor, laptele, fructele și cerealele erau consumate în cantități mai mari, iar carnea și legumele în cantități mai mici decât ale adulților.

Copiii de vârstă preșcolară aveau un aport proteic insuficient spre deosebire de cei de vârstă școlară și adolescenți. Sursele de proteine erau pâinea (345 g pe zi), laptele (170 g pe zi) și carnea (36 g pe zi). Regimul alimentar al copiilor conținea suficient fier, calciu și fosfor, cu excepția celor de vârstă preșcolară (2-7 ani), în a căror hrană nu exista un aport suficient de calciu și fosfor.

Conținutul în vitamine A, B_1, C și D la copiii mari (7-19 ani) nu atingea standardul fiziologic optimal, din pricina faptului că legumele verzi și laptele intrau în cantități mici în hrana copiilor de vârstă preșcolară și școlară.

Tabel 14

Starea de nutriție a adulților și copiilor din comuna Ineu

Starea de nutriție				
Nr. persoanelor	Normali	Limită	Subnutriți	Supranutriți
21 bărbați	33,34%	43,00%	19,00%	4,66%
19 femei	31,57%	26,32%	31,57%	10,54%
40 copii	60,20%	15,00%	23,30%	2,50%

Aproximativ 1/3 din femei, 1/5 din bărbați și 1/4 din copii erau subnutriți. Deficiențele regimului alimentar se datorau producției agricole unilaterale, dictate mai mult de cerințele pieței și mai puțin de nevoile alimentare ale țăranului.

„*Corijarea regimului alimentar defectuos al țăranilor poate fi realizată prin mărirea randamentului producției, prin schimbarea caracterului ei și prin instruirea țăranului*".

Regimul alimentar al țăranilor din comuna Măguri prezenta o deficiență totală (cantitativă și calitativă).

Rația alimentară la adulți a rămas, din punct de vedere energetic, sub standardul fiziologic, fiind defectuoasă și din punct de vedere calitativ, din cauza conținutului redus în proteine animale, în vitamine (A, C, D) și în minerale (calciu). Valoarea calorică a rației s-a apropiat de limita necesară la copiii mici (0-5 ani), iar la cei mari (7-18 ani) a rămas cu mult sub această limită. Deficitul în proteine al rației copiilor, mai ales al celor mici (2-7 ani), este mai pronunțat ca la adulți, fiind cu atât mai grav cu cât proteinele consumate sunt în marea lor parte de origine vegetală. Hrana acestora este deficientă și în calciu, fier, vitamina A, C și D.

Starea de subnutriție afecta toate vârstele în proporție de aproximativ 40%.

Scanned with OKEN Scanner

Gr. Benetato afirma: „*... la baza stărilor de mai sus stă un complex de cauze, dintre care cele mai importante sunt: starea economică precară, lipsa căilor de comunicaţie şi insuficienţa producţiei agricole.*

Ameliorarea alimentaţiei poate fi obţinută prin îmbunătăţirea drumurilor, prin cultivarea intensă a legumelor, prin intensificarea creşterii oilor, prin educarea gospodinelor şi prin ridicarea stării economice în general".

Alimentaţia ţăranului moldovean se asemăna cu cea a săteanului muntean şi oltean. Diferenţe importante existau între hrana populaţiei din Moldova şi cea a populaţiei din Ardeal, Bucovina, Basarabia, deosebirile ţinând de condiţiile meteo-climatice, geografice, economice.

Faptul că Moldova este situată mai spre nord decât Muntenia avea o influenţă netăgăduită asupra agriculturii: semănăturile se făceau mai târziu, iar recolta se strângea mai devreme. Clima, caracterizată prin geruri mari şi seci, iarna şi secete îndelungate vara, avea o mare influenţă asupra rezultatelor obţinute în agricultură.

Alimentul frecvent întrebuinţat în această parte a ţării, şi care le depăşea cu mult pe toate celelalte, era porumbul, mai ales sub formă de mămăligă, un adult consumând până la 3 kg pe zi. „*Pâinea se întrebuinţa mai rar; pâinea albă figurează ca un fel de prăjitură pentru copii, când sunt bolnavi. Cozonaci, plăcinte se fac numai la zile mari ca Paştele şi Crăciunul*".

Cartofii erau rar consumaţi. Vegetale ca morcovul, pătrunjelul erau folosite mai puţin în alimentaţie. Ceapa, prazul, varza şi castraveţii se găseau frecvent pe masa ţăranului.

Fasolea era des întrebuinţată, atât sub formă uscată cât şi sub formă proaspătă; în schimb mazărea, lintea şi bobul erau întâlnite mai rar.

Zahărul era întrebuinţat puţin (2 kg pe an/ familie).

Cel mai important aliment de origine animală era laptele (vacă, oaie, capră) şi derivatele lui, însă din cercetările făcute reiese că era de patru ori mai puţin consumat decât ar fi trebuit, cu excepţia judeţului Neamţ şi Baia. Brânza proaspătă se obţinea după smântânirea laptelui. Foarte rar se făcea unt.

Sortimentele de carne frecvent consumate erau cele de porc şi de pasăre, însă în cantităţi restrânse (4-8kg/persoană).

Ouăle erau consumate în medie 40-70 bucăţi de persoană/an.

Grăsimile animale folosite erau untul, dar mai ales untura. Uleiurile erau folosite rar la prepararea mâncărurilor.

În privinţa preparării alimentelor, bucătăria în Moldova era puţin complicată. Se întrebuinţau borşurile de legume şi de carne, foarte rar supa. Dintre mâncăruri, „*mâncărica, o preparaţie călduţă, ce se leagă cu făină şi puţină grăsime, sarmale cu orez, cu crupe, cozonacii, pasca de Paşti, alivenci, plăcinte diferite*".

Scanned with OKEN Scanner

Laptele era consumat dulce sau bătut, iar brânza proaspătă era consumată cu smântână.

Din carnea de porc se preparau cârnaţii şi „chişcă".

Din cercetările întreprinse de dr.N.Enescu şi dr.Radenschi în judeţul Roman a rezultat că formula alimentară evaluată pe circa 75% din totalul populaţiei adulte prezenta următoarele modalităţi:

85 g protide, 47 g lipide şi 624 g glucide = 3350 calorii sau
90 g protide, 52 g lipide şi 695 g glucide = 3730 calorii sau
100 g protide,75 g lipide şi 559 g glucide = 3470 calorii sau
73 g protide, 19 g lipide şi 542g glucide = 2735 calorii sau
87 g protide, 42 g lipide şi 657g glucide = 3573 calorii.

Observându-se marea preponderenţă a glucidelor faţă de proteine şi lipide, cifra de peste 4 000 calorii nu era atinsă decât în 60-100 zile lucrătoare pe an, reprezentând munca grea. Proteinele animale reprezentau numai 15% şi uneori 25% din totalul lor, în zilele de post situându-se chiar în jurul valorii de 0%. Lipidele animale reprezentau abia 0-17% din totalul grăsimilor (în mod normal, raportul dintre lipide şi proteine fiind de 1:1). ... „ *prezenţa glucidelor în exces nu este un avantaj; metabolismul celular normal necesită o anumită proporţie între proteine, glucide şi lipide*".

Sărurile minerale se găseau în cantităţi relativ suficiente, aportul vitaminic însă fiind deficitar. „ *Pe timpul iernii şi în posturi, hipovitaminoza C este frecventă; se consumă puţini cartofi în această perioadă; murăturile şi varza murată pierd prin conservare o mare parte din conţinutul lor în vitamine. Celelalte vitamine (A, B, C) se găsesc sub media admisă în tot cursul anului*".

În Moldova 75 % din populaţia rurală avea o alimentaţie deficitară. Consecinţele acestui fapt se repercutau asupra greutăţii adulţilor, care în timpul muncilor agricole s-a redus cu 15%. Alimentaţia deficitară este cauza scăderii rezistenţei organismului la infecţii, precum şi cauza creşterii mortalităţii infantile care în această zonă întrece media pe ţară. „*Media vieţii este în Moldova mai mică decât în restul ţării. În judeţul Roman, în 1938 a fost de 22 de ani; de aceea este necesară asigurarea unei alimentaţii care să asigure organismului o dezvoltare normală şi o prelungire a vieţii până la limitele ei fiziologice*".

În anul 1938, Institutul Central de Statistică a efectuat cercetări privind nivelul şi compoziţia regimului alimentar în diferite provincii ale ţării. Dr.C.Georgescu a studiat, din acest punct de vedere, 59 de sate din diferite regiuni ale ţării. Consumul total anual pentru 265 familii ţărăneşti din diferite provincii ale ţării este redat în tabelul 15.Raţia alimentară medie a populaţiei/ unitate de consumaţie este redată în tabelul 16.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 15

Provincia	Nr. satelor	Nr. persoane	Număr locuitori			Unităţi de consumaţie	Nr. zile unităţi de consumaţie	Principii nutritive în kg			Total calorii (mii
Total	59	265	1440	734	606	1283	453429	5928,7	46209,3	310014,2	1892054,9
Basarabia	10	43	254	120	134	223	70853	9257,1	6234,2	53100,1	305536,2
Banat	8	35	186	89	97	172	62067	8899,9	8611,1	43325,8	286402,3
Bucovina	2	14	74	37	37	64	23352	2834,9	2126	15675,8	93176,3
Dobrogea	3	11	72	35	37	62	22226	3046,2	1784	16213,7	93101,9
Moldova	9	38	217	126	91	192	69756	9133,9	6955,2	47900,2	290733,5
Muntenia	12	59	295	152	143	260	93459	11230,7	8479,2	59161	357879,8
Oltenia	3	15	79	39	40	73	25835	3064,3	2068,2	16178,1	95585,2
Transilvania	12	50	263	136	27	237	85881	11561,7	9950,7	58459,6	369641,7

Tabel 16

Provincia	Proteine consumabile	Grăsimi consumabile	Glucide consumabile	Raţia calorică	
				Calorii fiziologice	Calorii nete
Total	127,6	99,9	670,4	4091,1	3681,9
Basarabia	143,4	139,7	698,0	4614,4	4153,0
Banat	115,9	78,1	665,0	3826,5	3443,8
Bucovina	121,4	91,0	671,3	3989,8	3590,8
Dobrogea	137,1	80,3	729,5	4189,1	3770,2
Moldova	130,9	99,7	686,7	4167,9	3751,1
Muntenia	120,2	90,7	633,0	3829,3	3446,4
Oltenia	118,6	80,1	626,2	3700,1	3330,1
Transilvania	134,6	115,9	680,7	4304,3	3873,9

Rezultatele au dus la următoarea concluzie: „alimentaţia păturii noastre rurale se caracterizează printr-un consum foarte ridicat de hidraţi de carbon, glucidele fiind cele care dau raţia calorică ridicată". Consumul de glucide provenea în special din cereale, corespunzând unei nevoi reale energetice impusă de munca cerută de sistemul de exploatare agricolă familială. Consumul mediu era de 3682 calorii/ora de lucru, existând 160 de calorii în plus faţă de necesar. Compoziţia raţiei alimentare şi numărul de calorii consumate zilnic variau în anumite limite, cu regiunea considerată. Astfel,

Scanned with OKEN Scanner

provinciile occidentale, de dincolo de Carpaţi, dau raţii calorice zilnice mai ridicate decât în restul ţării, fapt datorat unei raţii proteice superioare şi unui consum mai bogat de grăsimi. Dobrogea, în schimb, se caracteriza printr-o raţie mai ridicată de hidraţi de carbon.

În linii generale, raţia calorică era mai ridicată în regiunile pur agricole din Câmpia Dunării, sudul Basarabiei şi Dobrogei, precum şi în judeţele din vestul ţării, în special Câmpia Banatului, judeţul Arad, judeţe ce se deosebesc de restul ţării printr-o stare economică şi socială mai înaintată. În schimb, satele din nordul şi estul Basarabiei şi cele din nordul Transilvaniei - regiuni mai sărace - precum şi satele din regiunile de deal şi de munte ale lanţului carpatic, regiuni în care terenurile sunt mai puţin fertile pentru cultura cerealelor, se caracterizează prin raţii calorice fie apropiate de media generală, fie aflate mult sub media generală. Variaţia pe regiuni a raţiei calorice se află în direct raport cu cantităţile de hidraţi de carbon ce intră în componenţa raţiei alimentare, precum şi cu grăsimile consumate. Aportul alimentar de origine vegetală la compunerea raţiei calorice pentru ansamblul celor 59 de sate cercetate reprezintă o proporţie egală cu 79,9% din totalul caloriilor consumate zilnic. Numai două provincii, Banatul şi Transilvania se situează sub acest procent. Bucovina se găsea aproape de media generală; celelalte provincii ale ţării aveau procente superioare, în special Basarabia, deşi trecea drept o regiune săracă, cu posibilităţi restrânse.

Din totalul proteinelor consumate 29,2% erau proteine de origine animală, iar restul (70,8%) erau de origine vegetală, procent considerat atunci, ca şi acum, dezechilibrat, într-un regim alimentar raţional proporţia proteinelor de origine animală trebuind să fie cel puţin egală cu proporţia proteinelor de origine vegetală.

În ceea ce priveşte variaţiile regionale ale procentului de proteine animale consumate, acesta fiind în raport invers proporţional cu proporţia de glucide şi direct proporţional cu proporţia de grăsimi, era mai ridicat în provinciile de peste Carpaţi menţionate mai sus, precum şi în Bucovina, provincii cu un procentaj de peste 30% (maxim în Banat, unde procentajul de proteine animale este 35,2%). Procentaje minime de proteine animale se înregistrează în Vechiul Regat şi Basarabia, unde acestea ajungeau până în jurul valorii de 23,3%. În privinţa grăsimilor animale, acestea reprezentau 75% din totalul grăsimilor consumate de locuitorii din Banat şi Transilvania.

În ceea ce priveşte alimentele consumate de ţărani, cerealele deţineau 3/5 sau 59,4% din totalul proteinelor consumate de ţăran, iar dintre acestea porumbul reprezenta mai mult de jumătate din proteinele vegetale, constituind cea mai importantă sursă (33,2% din totalul de proteine).

Scanned with OKEN Scanner

Dr. C. Georgescu scria în acest sens: „*proteinele provenite din porumb sunt calitativ inferioare, caracterizându-se prin lipsa completă a unor acizi aminaţi esenţiali ca triptofanul şi lizina sau prin prezenţa lor în cantitate redusă, cisteina - sub 1,0%*".

Completarea acestor deficienţe era făcută prin consum de proteine de origine animală din carne şi lapte, însă după cum s-a văzut, în cantităţi insuficiente (13,9% carne, 9,8% lapte şi 3,6% derivate din lapte). 46,7% din totalul glucidelor şi 38,6% din totalul caloriilor proveneau din porumb. Zahărul reprezenta numai 1,5% din numărul glucidelor ce intră în alcătuirea raţiei calorice.

Aşa cum era de aşteptat, sursele principale de proteine animale erau carnea, laptele şi derivatele lui. Importanţa dată acestor alimente varia de la provincie la provincie. În Banat, consumul de carne era cel mai crescut, proteinele animale reprezentând 17,4% din totalul proteinelor consumate. În celelalte provincii, consumul cărnii deţinea proporţii modeste. În Transilvania şi Bucovina laptele şi derivatele lui constituiau sursele principale de proteine animale. Bucovina, unde creşterea vitelor era răspândită, se deosebea de celelalte provincii prin consumul ridicat de lapte ce aducea 17,6% din totalul proteinelor, proteinele animale provenite din consumul de carne reprezentau 10,9% din raţia totală de proteine, iar proteinele provenite din brânzeturi reprezentau doar 1,6%. În toate provinciile, cantitatea de proteine provenite din lapte o depăşea pe cea provenită din consumul brânzeturilor. În Dobrogea populaţia consuma, în aceeaşi măsură, laptele şi derivatele lui.

Consumul cerealelor reprezenta aproximativ 50% din totalul proteinelor şi 1/4 din totalul grăsimilor, în majoritatea regiunilor, cu excepţia Banatului, Transilvaniei şi Olteniei.

Uleiurile vegetale, în special cele extrase din seminţele de dovleac şi floarea soarelui, se consumau mult în Basarabia, Dobrogea şi Moldova, unde reprezentau 17,2%, 13,2% şi 9,9% din întreaga cantitate de grăsimi consumate.

În Muntenia, Moldova, Oltenia şi Bucovina porumbul asigura 40% din totalul proteinelor şi peste 50% din totalul caloriilor, consumul cel mai redus de porumb fiind întâlnit în Dobrogea.

În privinţa celorlalte alimente de origine vegetală, un loc important îl ocupa consumul de cartofi şi leguminoase uscate (fasolea, lintea, mazărea), acestea furnizând 6,6%, 6,9% şi 5,5% din totalul proteinelor, glucidelor şi caloriilor consumate de populaţia cercetată în cele 59 de sate. Consumul de leguminoase uscate era mai ridicat în Moldova, Dobrogea şi Bucovina, însumând 9,3% din totalul proteinelor, 16,1% din totalul glucidelor şi 12,1% din totalul caloriilor.

Scanned with OKEN Scanner

Celelalte vegetale, respectiv fructele, legumele proaspete şi zarzavaturile aveau o importanţă cantitativă redusă în alimentaţia ţăranului român.

Din cele 59 de sate cercetate numai 4 sate aveau proporţia de proteine animale, depăşind 40%, 17 sate aveau proporţia mai mică de 25%, iar 9 sate, aparţinând Basarabiei, aveau proporţia sub 20%.

Aşa cum am mai afirmat, economia ţărănească era o unitate economică închisă ce consuma în exclusivitate alimente produse în gospodăria proprie. Cantitatea şi proporţia diverselor resurse alimentare depindea deci de starea economică şi de structura agrară.

Una din caracteristicile alimentaţiei populaţiei rurale de pretutindeni era consumul relativ scăzut de carne. În hrana ţăranului român cifra consumului de carne cobora mult sub cifrele medii ale consumului de carne ale populaţiei rurale din diferite ţări ale Europei.

Carnea de porc era carnea cea mai frecvent consumată. Ţăranul ardelean consuma de trei ori mai multă carne de vită decât ţăranii din Vechiul Regat. Regimul lui se apropia prin aceasta de tipul alimentaţiei de la oraş. Ţăranul din Muntenia şi Moldova nu consuma deloc carne de vacă. Trebuie menţionată, de asemenea, proporţia relativ ridicată de carne de oaie consumată în regimul alimentar al ţăranilor din Maramureş, Caraş (20-30% din consumul total de carne).

Laptele juca un rol important în alimentaţia ţăranilor din Ardeal, Bucovina şi sudul Basarabiei. Ouăle ocupau un loc destul de restrâns în alimentaţia ţăranilor, iar grăsimile, reprezentate de slănină şi untură de porc, erau întrebuinţate exclusiv. Peştele proaspăt intra într-un procent apreciabil în alimentaţie numai în regiunile de la malul Dunării şi în satele de pe văile râurilor. Cerealele şi îndeosebi porumbul intrau, după cum am mai menţionat, în hrana locuitorilor din Vechiul Regat, într-o proporţie impresionantă (70-95% din totalul produselor cerealiere fiind reprezentat de consumul de porumb). În Bucovina, Transilvania, Dobrogea şi sudul Basarabiei, acest procent nu depăşea 50%, consumul de porumb fiind înlocuit de cel de grâu şi secară. Orzul era consumat, în special în Moldova şi Basarabia.

În privinţa legumelor, fasolea, varza, ceapa, usturoiul, castraveţii, ardeii se consumau foarte mult pe întreg teritoriul ţării. Celelalte legume de grădină, roşiile, vinetele, prazul, erau folosite mai ales în Vechiul Regat, iar cartofii erau consumaţi, în mod special, în Ardeal şi Bucovina.

În Transilvania se consumau uleiurile vegetale, mai ales cele din seminţe de dovleac, din sâmburi de nucă, mai puţin cele de floarea soarelui şi cânepă („jufă"), iar în Moldova se întrebuinţa uleiul de floarea soarelui şi cel de cânepă. În părţile deluroase ale Olteniei şi Munteniei se întrebuinţa des uleiul de nucă şi cel din seminţe de dovleac. În Basarabia şi Dobrogea se folosea uleiul de rapiţă.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentele de strictă necesitate cumpărate de ţărani de la pieţe erau foarte puţine: orezul, ce era consumat în cantităţi de 1-10 kg anual/familie, sarea, în cantităţi de 10-50 kg anual/familie, zahărul, în cantităţi de 1-5 kg anual/familie în Vechiul Regat şi 10 kg anual/familie în Ardeal, Bucovina şi sudul Basarabiei. Ceaiul, cafeaua, boiaua de ardei se întrebuinţau în toate gospodăriile din Ardeal. În Vechiul Regat se consumau multe măsline (2-4 kg anual /persoană), iar în regiunea de şes se folosea sarea de lămâie, uleiul de măsline şi, mai ales, oţetul comercial. În jurul anului 1940, tehnica pregătirii alimentelor practicată de ţăranul nostru era încă primitivă, comparativ cu procedeele complicate ale bucătăriei orăşeneşti şi cu tehnica pregătirii alimentelor a populaţiei rurale din ţările vecine.

Ţăranul nu ştia să gătească pentru că a pierdut vechile tehnici arhaice care cereau izvoare alimentare pe care noul regim economic i le-a răpit. El nu a învăţat încă tehnici noi cu care să gospodărească puţinul pe care îl are. Sărăcia culturală caracterizează, de altfel, epocile de tranziţie economică, de adaptare.

Pâinea dospită, mălaiul, turta din făină de porumb nedospită şi mămăliga cu variantele ei erau principalele produse preparate din cereale. În Transilvania, Banat, Bucovina, ca şi în Basarabia şi Dobrogea, pâinea era consumată în fiecare zi, jucând rolul său de complement obişnuit al mâncării, aşa cum se întâmpla în alimentaţia celor de la oraş. În părţile de peste munţi pâinea se făcea din grâu, secară sau din amestecuri de grâu cu secară, secară cu mălai, secară, grâu şi mălai. Făina de porumb îngreuna procesul de panificaţie, pâinea fiind puţin crescută şi neconservabilă. Pâinea din făină de porumb, ce se prepara în unele regiuni muntoase ale Transilvaniei (Năsăud), se apropia mai curând de turta de mălai. Pâinea ţărănească se prepara deci din făină integrală. Drojdia de bere se utiliza foarte rar sau în cantitate mică. În mod curent, în regiunile îndepărtate de centrele urbane se întrebuinţa numai „maiaua de aluat". Gospodinele coceau, o dată la câteva zile, pâini mari de 5-10 kg în cuptoare zidite. În sud-vestul Transilvaniei şi în estul Banatului s-a păstrat tehnica arhaică a cuptorului sub „ţest". Puţin potrivită pentru coacerea pâinii, această tehnică, legată de prezenţa vetrei primitive fără cuptor special, a dispărut sau s-a restrâns în unele regiuni numai la coptul mălaiului. În Bucovina şi Basarabia de mijloc (Bălţi, Orhei, Lăpuşna, Tighina) pâinea de grâu şi de secară se întrebuinţa zilnic, în paralel cu mămăliga. Pâinea de orz curat, ce devenea rapid sfărâmicioasă şi insipidă, era folosită ca aliment de necesitate în perioadele de secetă. În Dobrogea, sudul Basarabiei, pâinea de grâu, de secară sau de cereale amestecate domina alimentaţia, mămăliga întrebuinţându-se rar şi de către cei săraci. În vechiul Regat şi în anumite regiuni de peste Prut pâinea juca un rol restrâns în alimentaţie. Ţăranii avuţi consumau pâine în 1/3 din zilele anului, iar cei săraci doar la sărbători. Pâinea nedospită, de grâu sau cereale amestecate („azima", „pogacea"), se prepara în ţinuturile în care se întrebuinţa

Scanned with OKEN Scanner

testul pentru coacere. Tehnica imperfectă a panificației făcea ca deseori pâinea țăranului să fie defectuos sau incomplet fermentată și deci, nu prea mult diferită de pâinea nedospită. În regiunile de peste munți, în afară de cele industrializate, țăranul român rămânea în continuare un mare consumator de mămăligă. Ea era consumată aici doar împreună cu anumite alimente. Mămăliga din făină de porumb însoțea, în mod obligatoriu, laptele și derivatele lui, ouăle, ciorbele de zarzavat și, mai rar, unele fripturi. Nu se consuma cu zarzavaturi crude, cu salate, cu fructe și nici cu slănină afumată, mult întrebuințată de ardelean. În Vechiul Regat și peste Prut mămăliga se consuma în fiecare zi, la toate mesele, cu toate alimentele, cu legume verzi și murate, cu fructe și ciorbe. Aici devenise aliment de necesitate, dominând valoarea calorică a rației alimentare.

În anii cu recolte bune, în perioadele de secetă, făina de porumb era amestecată sau înlocuită cu făina de orz (Roman, Suceava, Fălciu, Basarabia). Fiertura de bulgur de hrișcă (bulgur = uruială mare) juca un rol secundar în anumite regiuni din nordul Moldovei și în anumite zone din Transilvania. Turta nedospită din făină de porumb prezintă câteva din avantajele pâinii, dar față de aceasta este indigestă și neconservabilă. Era folosită, mai ales în județele Caraș Severin, Hațeg și în Oltenia.

Vara în perioadele de muncă intensă și mai ales în regiunile sărace, unde necesitățile culinare erau reduse, sau în regiunile unde munca câmpului cerea deplasări mari, una sau două din mesele țăranului se rezuma la alimente nepreparate, mai ales la zarzavaturi crude: ceapă, usturoi, roșii, ardei, care se mâncau rar cu pâine, adesea însă cu mămăligă pe care o înmuiau într-o zeamă formată din oțet și apă. Tot cu pâine sau mămăligă se consumau fructele proaspete, strugurii, pepenii. Uneori masa țăranului se reducea la salate de legume verzi cu oțet, fără grăsime, iar iarna, la murături (castraveți și varză). Mâncărurile propriu-zise erau „fierturile", „mâncărurile", preparatele din lapte și ouă, fripturile și cele câteva feluri de prăjituri cu aluat. Fierturile erau cunoscute sub nume diferite ca ciorbă, borșuri, „zupe," în Transilvania fiind pregătite din verdețuri, legume, carne, pește.

Știevia, loboda, urzicile, păpădia, untișorul furniza, mai ales în Vechiul Regat, o bună parte din mâncarea de primăvară. Mai obișnuite erau ciorbele din legume (fasole verde, varză dulce, dovlecei, roșii, ardei), ciorbele din fructe (harbuz, corcoduș, chimen) care se preparau mai ales în Transilvania, ciorbele din legume amestecate (fasole, linte, bob, cartofi) și ciorbele din carne (găină, gâscă, oaie, pește, în mod excepțional vacă). Tehnica lor este simplă: „se puneau la foc moale, adăugându-se pătrunjel, mărar, sare, ardei sau boia și ceapă". Foarte rar, ciorbele erau dulci, adesea trebuind să fie acrite cu borș de tărâțe, mai ales în Basarabia, în Moldova, Bucovina, Muntenia, cu aguridă și

Scanned with OKEN Scanner

fructe verzi în Moldova, iar în regiunile cu livezi şi podgorii, cu oţet din fructe şi vin.

În Oltenia, Muntenia, Ardeal şi Basarabia se prepara un fel de mâncare scăzută numită „chisăliţă", o simplă fiertură din fructe mai puţin coapte ce se servea cu mămăligă, în Banat purtând numele de „brusceală". Mâncărurile scăzute erau făcute adesea cu rântaş şi ceapă, preparate din zarzavaturi (ardei, fasole, dovlecei, cartofi, ştir, pur, brusturi, urzici) sau din legume şi carne.

Mâncarea tipică era „tocată", pregătită cu ceapă tăiată grosolan, cu cartofi şi ardei, iar carnea folosită era cea de berbec, porc sau vacă. În Transilvania o astfel de mâncare era numită „papricaş", condimentată cu piper şi boia. Sarmalele purtau denumirea de „perişoare", în Transilvania, iar în Basarabia se numeau „găluşti" şi erau făcute din carne de porc tocată, învelită în foi de varză sau viţă, la care se adăugau orez, „grâu zdrobit" (Transilvania), „crupe" (Moldova), „bulgăr de grâu" (Basarabia). În Vechiul Regat, Ardeal şi Basarabia se consumau ardei umpluţi în acelaşi mod. Smântâna, adăugată unor preparate (peşte, pui fript, sarmale), era folosită doar în casele bogate. Alte preparate culinare folosite erau mămăliga de cartofi (sfărâmaţi, fierţi cu mălai) mâncată mai ales în Bucovina, papricaşul sau „gulaşul" (tocană cu găluşti) reţetă împrumutată de la unguri, folosită mai ales în Ardeal. Ghiveciul, ciulamaua, pilaful, chiftelele, pârjoalele erau folosite în vechiul Regat şi în Basarabia. Mâncărurile prăjite, varza, cartofii, fasolea şi legumele coapte cu oţet se consumau în întreaga ţară.

O categorie aparte o formau mâncărurile pe bază de ouă şi lapte sau ouă, lapte şi brânză, ce par să fi alcătuit baza bucătăriei noastre vechi.

Preparatele din făina de porumb, mămăliga, păsatul intrau de cele mai multe ori în compoziţia lor. Erau cunoscute peste tot ouăle fierte, „scrobul" sau ouăle cu jumări. Mai puţin cunoscute erau însă câteva mâncăruri ardeleneşti precum „supa de ouă" (Caraş) şi „mâncăruşa de ouă" (Maramureş). „Brânza friptă" (Caraş) se mânca cu ouă şi mămăligă, iar „talmeş-balmeşul" (Oltenia, Banat, Transilvania) era un fel de caş proaspăt cu făină de porumb, ceapă, ouă, fierte toate la un loc. „Papara" (Someş) face parte din aceeaşi categorie, amestecându-se ouăle cu laptele şi frigându-se în untură. „Bălmătuca" în Haţeg (mămăligă căreia i se adaugă caş în momentul în care se întăreşte), „zăbicul" în regiunile muntoase ale Olteniei şi Munteniei (mămăligă sfărâmată şi prăjită în grăsime) şi „bloturile" (Năsăud) ce se preparau din mămăligă tăiată felii între care se punea brânză şi slănină prăjită erau alte câteva tipuri de preparate ce caracterizau alimentaţia acelei vremi. Fripturile de carne erau puţin consumate. Găina friptă la grătar sau la frigare, purcelul, mielul la frigare erau întâlnite pe masa ţăranului mai ales în zilele de sărbătoare. În această perioadă noţiunea prăjiturilor nu era bine conturată, nefăcându-se distincţie netă

Scanned with OKEN Scanner

între mâncare şi desert, dovada fiind fructele consumate cu pâine, sau „chisăliţa" din fructe fierte.

A existat o serie de forme de tranziţie între pâinea propriu-zisă, azimă, turta de mălai şi preparatele dulci servite după masă. Mierea şi zahărul erau foarte rar consumate. „Tăiţeii" din foaie de făină albă (grâu, secară) se fierbeau şi se consumau cu nuci şi cu brânză în Vechiul Regat, Ardeal şi Bucovina, „colţunaşii" în Moldova, „pătăştile" în Ardeal, şi „teşti" umplute cu brânză de vaci, în Ardeal. Erau cunoscute şi clătitele, „scoverzele" pe un vast teritoriu, preparate din făină de porumb, grâu, secară, amestecate cu ouă şi lapte, umplute cu zahăr, mere, magiun şi prăjite în ulei. În unele regiuni, mălaiul lua aspect de prăjitură, adăugându-i-se brânză, dovleac, zahăr. Pâinea coaptă cu prune era folosită în Ardeal. Plăcintele cunoscute în toate regiunile ţării, erau dospite, umplute cu nuci, brânză, smântână, mac etc. În Ardeal plăcintele erau umplute cu „scrob" făcut din lapte acru, făină de porumb şi secară.

Iernile grele ale perioadei menţionate permiteau conservarea alimentelor fără a fi necesare tehnici complicate. Conservele animale provin exclusiv din porcul tăiat de români la Crăciun, carne ce trebuie să ajungă până primăvara.

Tehnica acestei conservări varia de la o regiune la alta. Cel mai răspândit procedeu era acela al conservării uscate prin sărare şi afumare. Astfel, se conserva carnea, carnea preparată, cârnaţii, oasele capului, muşchiul împănat cu usturoi. În Ardeal şi în unele regiuni din Moldova se afuma şi se păstra piciorul de porc, mai rar şunca. Carnea se păstra 13-14 zile în sare, în vase speciale numite în Ardeal „murătoare", apoi era scoasă la vânt şi ţinută la fum 2-3 zile. Slănina se prepara şi se păstra în acelaşi fel. Existau deosebiri între modul de conservare a grăsimii de porc în Ardeal şi în restul ţării. În Transilvania grăsimea porcului nu se topea, ci se păstra ca slănină afumată pentru tot restul verii, fiind folosită la prepararea mâncărurilor. În Vechiul Regat, Basarabia, Dobrogea, grăsimea era topită şi păstrată sub formă de untură în care se conserva şi carnea de porc, în prealabil prăjită. Era o tehnică imperfectă ce ducea în primăvară la alterarea cărnii. Un alt procedeu era acela de a săra şi afuma, câteva zile, muşchiul de porc ce era pus în putini şi peste care se turna untură topită (Argeş). O tehnică specială era întâlnită în regiunile de câmp (Brăila) unde carnea de porc se păstra în saramură, la putină. Conservarea cărnii de oaie, miel şi capră era mai puţin întrebuinţată şi consta în procedeul oriental al uscatului la vânt al pastramei. În Transilvania carnea de oaie se păstra fiartă, în saramură cu usturoi şi verdeţuri şi era numită „bujeniţă". „Piftiile" sau „răciturile" erau procedee de conservare de scurtă durată. Păstrarea păsărilor afumate se obişnuia în Moldova şi Basarabia.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre conservele vegetale cea mai însemnată era varza murată în saramură. Această tehnică de conservare era cunoscută în toată ţara. Celelalte murături erau cunoscute numai în anumite regiuni: ardeii, gogoşarii, în Câmpia Munteniei; ardeii umpluţi cu varză şi „harbujii" muraţi, în Moldova. Conservarea legumelor (fasolea uscată, bobul, ceapa, usturoiul) nu cereau procedee speciale. Fructele (prunele, merele, perele) erau tăiate felii, uscate la soare sau afumate, în special în Muntenia, Ardeal şi Moldova.

Revenind asupra alimentelor de bază din alimentaţia românului, vom face următoarele precizări referitoare la perioada asupra căreia ne-am oprit. Consumul laptelui diferă de la o ţară la alta, fiind mai mare în ţările Europei occidentale şi în America. În estul Europei acest aliment se consuma în cantităţi mici, iar România se afla pe ultimele locuri în ceea ce priveşte consumul de lapte. În Anglia, Germania, Danemarca, Olanda, Elveţia se consumau între 500 g şi 1litru lapte de fiecare locuitor/zi, în timp ce la noi în ţară se consumau abia 200-300 g. În România, Comitetul laptelui a organizat timp de 10 ani săptămâna laptelui în Capitală şi o zi a laptelui în provincie, prilej de propagandă generoasă pentru a polariza atenţia opiniei publice asupra acestui aliment.

Prof. dr. G.K. Constantinescu afirma: „*copiii care nu beau lapte sunt debili şi anemici. Apatia, lipsa de voinţă, de energie, de atenţie se combat şi prin administrarea de lapte*".

La români, brânza nu constituia numai un desert, ci un adevărat aliment de bază. Din nefericire, lipsea în multe gospodării. Brânzeturile româneşti diferă de cele străine. Mămăliga cu brânză nu exista nici în alimentaţia populaţiei din Franţa, nici în cea din Germania şi nici în cea din Anglia. Nu se consuma în aceste ţări nici brânza cu smântână, nici telemeaua, nici brânza de burduf. Cuvântul „brânză" pare să fie foarte vechi. Anumite documente de acum 600-700 ani vorbesc de „*caseus valachicus*" (brânza valahă) şi presupun o anumită legătură a ei cu localitatea elveţiană Brienz. Cuvântul „brânză" se întâlneşte şi în limba germană (Viena) sub forma de *brinz*. Scriitorul roman Collumela descrie prepararea unui sortiment de brânză foarte răspândit în acea vreme, ce semăna cu caşcavalul de la noi, astfel: „se încheagă laptele, se taie caşul, se opăreşte, şi se face din el o pastă care se modulează punându-se în tipare şi se sărează". În acelaşi mod se prepara şi brânza italiană numită „caciocavallo". Brânza telemea numită şi brânză de Brăila era nefermentată, pusă la saramură imediat după preparare pentru a opri fermentarea. Brânza fermentată se punea la putină sau la burduf, fiind mai răspândită în Moldova unde era învelită în coajă de brad. Caşcavalul, considerat o brânză fermentată, era frecvent folosit în Dobrogea şi la munte. „Fermentează cu microbi din

Scanned with OKEN Scanner

mediul ambiant selecționați automat prin însuși modul de preparare, fermentație ce dura 1-2 luni, fiind oprită apoi prin conservarea la frig".

Caşcavalul de Penteleu, renumit la acea vreme, avea o savoare deosebită, datorită florei alpine şi a păşunilor.

În privința consumului de carne, prof. P. C. Arnot recomanda pentru copiii cu vârsta până la 11 ani 100-200 g pe zi, pentru cei cu vârsta până la 16 ani 120-160 g pe zi şi pentru persoanele având vârsta de peste 16 ani, 200 g pe zi. Formele ei de consum erau diferite: crudă, friptă sau fiartă cu zarzavat. Consumul în România era foarte scăzut, de aproximativ 2-3 kg anual/persoană în mediul rural, cu excepții desigur, ajungând la 22,5 kg anual/persoană, în mediul urban.

În datele statistice ale acelei vremi România figura cu un consum anual de 98-107/ locuitor, 250 000 de familii rurale neavând în curte nici măcar o pasăre. Legumele şi fructele completau din belşug raţia alimentară care şi în aceste condiţii rămânea deficitară, completând în parte cantitatea de vitamine şi săruri minerale.

În concluzie, hrana populației rurale din țara noastră între cele două războaie mondiale era caracterizată prin următoarele trăsături:

- aport caloric suficient, caloriile provenind în special din porumb;
- monotonie, în anumite medii consumându-se mămăligă şi fasole pe o perioadă de la 133 la 200 de zile pe an;
- proteinele totale se găseau în cantități suficiente, variind între 11 şi 15% din valoarea calorică totală a raţiei. Proteinele animale, proteine cu valoare biologică mare, reprezentau, în general, valori de 12-23% din cantitatea de proteine totale (se considera optim procentul de 50%). Zeina, proteina porumbului, este o proteină incompletă. În zonele cu consum excesiv de porumb, pelagra, ce începuse să apară încă din sec. al XIX-lea (cam la 100 de ani de la introducerea lui în alimentație), are caracter endemic în țara noastră în decursul acestei perioade.

Datorită creşterii consumului de mămăligă şi scăderii consumului de lapte, regimul devine sărac în calciu (față de necesarul de 1 g calciu/zi, se ingerau în medie 0,30 g).

Cantitatea de fosfor resorbită era insuficientă din pricina combinațiilor fitice din porumb. Scăderea în paralel a calciului şi fosforului a menținut raportul fosfo-calcic apropiat de cifrele normale, fapt avantajos pentru fiziologia organismului;

- alimentația era săracă în grăsimi, ceea ce favoriza şi mai mult pierderile de calciu prin fecale;
- hipovitaminozele (carențe în vitaminele grupului B, PP, C) erau evidente mai ales în zonele pelagrogene. Bineînțeles că un regim atât de dezechilibrat, menținut ani în şir, nu putea avea alte consecințe decât scăderea capacității de

Scanned with OKEN Scanner

muncă şi a rezistenţei la boli infecto-contagioase, mortalitate infantilă mare, media de viaţă, aşa cum am mai spus, fiind în Moldova de 26 ani (anul 1938).

Nu este dificil de constatat că populaţia rurală n-a progresat prea mult faţă de trecut nici în privinţa modului de alimentaţie.

Alimentaţia poporului român a impresionat oamenii de ştiinţă din trecut, mai ales datorită caracterului superficial cu care era tratată de omul de rând. Concluziile similare întâlnite în toate cercetările şi studiile erau următoarele:

- caracterul unilateral al alimentaţiei din mediul rural (alimentaţia, mai ales cea vegetariană sau mai bine zis cerealieră);
- regimul sever al tinerilor;
- fenomenele cronice de denutriţie, de hipovitaminoze, descrise încă din secolul al XVII-lea.

În privinţa valorii calorice (potrivit concluziilor lui Benetato şi M. Enescu), raţia calorică oscila între 2 230 şi 3 730 calorii şi între 3 300 şi 4 000 calorii (D.C. Georgescu). S-a apreciat deci că aportul caloric era suficient.

Însă, în privinţa raţiei alimentare, exista un dezechilibru major, atât între alimentele de origine animală şi vegetală cât şi între principiile nutritive. Trebuie subliniată mai întâi sărăcia în proteine de origine animală. Acestea reprezentau 4% sau 1,7% din valoarea calorică totală a raţiei, factorul compensator reprezentându-l consumul de porumb, ce acoperea 33% din totalul proteinelor ingerate, 46,7% din totalul glucidelor şi 17,5% din totalul grăsimilor. Cantitatea de mămăligă consumată pe zi în anumite regiuni ale ţării ajungea la 3 kg. Consecinţele consumului excesiv de porumb au fost puse în evidenţă de prof.I.I. Nițescu, care dovedeşte că acest exces întreţine demineralizarea fosfocalcică, şi de către I.Nitzulescu care pune în evidenţă intoxicaţia maidică. Proteinele care proveneau din lapte reprezentau 9,8% din totalul proteinelor ingerate la 24 ore, iar cele provenind din carne, 13,8% din totalul lor.

Dezechilibrul dintre principiile alimentare se referea la excesul de glucide şi insuficienţa grăsimilor. Al treilea aspect al dezechilibrului calitativ alimentar era reprezentat de carenţa de vitamine, atât Claudian cât şi Nitzulescu evidenţiind carenţa în vitamina C, pe timpul iernii.

Jumătate din populaţia studiată în această perioadă, îndeosebi cea din mediul rural, se hrănea insuficient din punct de vedere cantitativ şi nepotrivit din punct de vedere calitativ, cealaltă jumătate întrebuinţând un regim sărac în principii nutritive platice şi esenţiale. Impresionează mai ales faptul că ţăranul producător de alimente, datorită stării economice precare, dar mai ales caracterului unilateral al producţiei agricole şi nivelului cultural scăzut, prezintă mai frecvent carenţe alimentare decât muncitorul de la oraş. Este de notat

Scanned with OKEN Scanner

faptul că muncitorii preferau grăsimile, cheltuielile energetice repartizându-se pe un interval lung de timp, spre deosebire de sportivi la care excesul de cheltuieli se face de cele mai multe ori într-un interval de timp relativ scurt, necesitând un substrat energetic uşor oxidabil, reprezentat de glucide.

„Excesul de hidraţi de carbon - spunea prof.Benetato - din raţia muncitorilor este dăunător organismului, din cauza lipsei de substanţe protectoare dislocate de glucide.

Acest exces are o acţiune demineralizantă şi produce în acelaşi timp hipovitaminoza B_1 ce scade capacitatea de lucru şi randamentul organismului. Tocmai din această cauză este bine ca, în aceste cazuri, hidraţii de carbon să fie consumaţi sub formă de alimente puţin prelucrate: cartofi, pâine integrală, legume şi fructe crude. Volumul prea mare al unui regim încărcat cu pâine neagră şi legume nu se simte la muncitorii agricoli care, din cauza eforturilor fizice pe care le fac, au o capacitate digestivă mare, potrivită unui asemenea regim".

Consecinţele regimului deficitar în proteine se evidenţiază după un timp îndelungat. Efectele dezastruoase ale unui astfel de regim au fost evidenţiate îndeosebi în timpul războiului. Experienţa acestui război a arătat că un astfel de regim duce cu timpul la diminuarea capacităţii de rezistenţă a organismului faţă de maladiile infecţioase acute şi cronice (tuberculoză, sifilis etc.), la alterarea funcţiilor de reproducere, scăderea secreţiei lactate, sistarea menstrelor, scăderea capacităţii sexuale la bărbaţi, precum şi diminuarea capacităţii fizice şi intelectuale.

Dacă standardele fiziologice moderne prevedeau că lipidele trebuie să reprezinte 27-30% din valoarea calorică a raţiei, iar pentru proteine era stabilit procentul de 14-16%, astăzi o astfel de repartiţie procentuală a principiilor nutritive este considerată necorespunzătoare, iar un astfel de regim este considerat excesiv, dezechilibrat. Oricum, se ştia că un regim încărcat cu proteine este dăunător organismului din cauza corpilor cetonici şi acizilor rezultaţi din degradarea lor (acid sulfuric, fosforic). Se ştia, de asemenea, că aportul insuficient de minerale duce la o tulburare profundă în integrarea structurală şi funcţională a organismului. Astfel, carenţa în calciu se traduce prin afecţiuni dentare şi malformaţii osoase a căror frecvenţă este maximă la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 7 ani şi prin tulburări în excitabilitate neuromusculară (spasmofilie). Regimul sărac în fier a fost pus în evidenţă prin apariţia unor tulburări în hematopoeză (anemia hipocromă) şi prin scăderea rezistenţei organismului la infecţii (pneumonie, gripă). Carenţa iodului în alimentaţie duce la modificări profunde ale metabolismului lui, astfel putând fi depistate cazuri de insuficienţă tiroidiană (guşă endemică) în regiunile cu alimente şi apă sărace în iod (regiunile muntoase).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte hipovitaminozele des întâlnite un loc important îl ocupa insuficienţa aportului de vitamina A, tradusă prin scăderea rezistenţei organismului la infecţii şi prin predispoziţia la boli cutanate şi oculare. Hipovitaminoza B_1 era frecvent întâlnită în mediul urban, fiind provocată de un regim sărac în orez, pâine albă, cartofi, fidea, macaroane, survenind adesea la femeile aflate în perioada maternităţii, la copii, la muncitori, în stări febrile şi hipertiroide. Stările de carenţă provocate de lipsa vitaminei B_2 erau complexe: manifestări cutanate, nervoase, anemie, tulburări de creştere, tulburări vasomotorii, tulburări psihice. Lipsa de vitamina PP generată de regimul monoton, unilateral (exces de porumb) a dus la apariţia pelagrei, atât de răspândită în această perioadă. Hipovitaminoza C a fost des întâlnită, survenind la copiii hrăniţi artificial, cu un regim sărac în fructe şi legume, mai ales iarna şi primăvara, şi la adulţi în perioada maternităţii şi în stările cu hipermetabolism. La aceste hipovitaminoze au participat, nu în ultimul rând, prepararea şi conservarea necorespunzătoare a alimentelor. Regimul alimentar propus de Rose era ieftin şi departe de cel adecvat şi consta în:

- derivate cerealiere ce reprezentau 40% din valoarea energetică totală a raţiei;
- lapte ce reprezenta 18% din valoarea energetică totală a raţiei;
- legume şi fructe ce reprezentau 18% din valoarea energetică totală a raţiei;
- grăsimi şi uleiuri ce reprezentau 12% din valoarea energetică totală a raţiei;
- zahăr şi dulciuri ce reprezentau 10% din valoarea energetică totală a raţiei;
- ouă, brânză, carne, peşte ce reprezentau 8% din valoarea energetică totală a raţiei.

În perioada interbelică ne aflăm în faţa unei patologii vaste de care este răspunzător în mare parte modul de alimentaţie al poporului român, unele practici greşite ce au intrat în tradiţie şi s-au transmis din generaţie în generaţie.

Studiul patologiei istorice a cunoscut o extindere deosebită. Adesea cercetătorii îşi propun să demonstreze valabilitatea concepţiei expuse în anul 1930 de reputatul bacteriolog Charles Nicolle (1866 - 1936), în cartea sa *Naissance, vie et mort des maladies infectieuses*, afecţiunile transmisibile fiind entităţi istorice, întrucât apar la un moment dat, pentru a dăinui o anumită perioadă după care, din motive social-economice şi medico-sanitare, dispar sau eventual suferă transformări radicale.

Cea dintâi mărturie referitoare la prezenţa scorbutului pe teritoriul ţării noastre datează din anul 1720, când Johann Georg Heinrich Krammer, medicul oficial al oraşului Timişoara, constata apariţia unor asemenea îmbolnăviri într-o tabără militară din Banat. El observa atunci că suferinzii se recrutau doar dintre soldaţi, în timp ce ofiţerii, care mâncau nu numai conserve ci şi zarzavaturi, nu se îmbolnăveau.

Scanned with OKEN Scanner

Într-un raport din anul 1786 adresat autorităţilor miniere din Zlatna, dr.André Étienne propunea înfiinţarea în zona munţilor Apuseni a unor mici spitale destinate suferinzilor de boli venerice şi de scorbut, relatând descoperirea a numeroase cazuri pe care le trata cu o „bere" specială, preparată din ierburi şi rădăcini.

Franz Schraud şi Johann Ludwig Heidenreich au descris epidemia de scorbut ce a bântuit în perioada anilor 1802-1803, primele cazuri fiind semnalate în localitatea Jebel, la sud de Timişoara. Ei erau de părere că în etiopatogenia epidemiei alimentaţia defectuoasă a jucat un rol de seamă. Astfel, atrăgeau atenţia asupra importanţei pe care, printre altele, o avea porumbul în hrana ţăranului român, adăugând că în iarna anilor 1802-1803 datorită secetei şi recoltei proaste din vara precedentă, populaţia satelor bântuite de scorbut se hrăneau mai ales cu peşte sărat şi pâine. Posturile severe şi îndelungate, obişnuite la ortodocşi, însumau anual aproape 240 de zile, timp în care carnea, ouăle, produsele lactate lipseau cu desăvârşire din alimentaţie.

Referitor la epidemia de scorbut semnalată de documente în anul 1864, un medic de circumscripţie, dr. B. Lendvay sublinia: „*boala a fost cauzată de alimentaţia insuficientă atât calitativ cât şi cantitativ, de o primăvară deosebit de friguroasă. Din cauza secetei, o mare parte a populaţiei ţărăneşti a rămas fără alimente necesare, fiind pusă în situaţia de a fi ajutorată. Porumbul a lipsit aproape complet. A existat o mare penurie de cartofi, legume şi, mai ales, de varză*". Existenţa pelagrei în Transilvania în ultimele decenii ale secolului al XIX-lea a reprezentat o realitate indubitabilă. Exploatarea, mizeria şi sărăcia ţărănimii româneşti a stat la baza extinderii bolii. Prima menţiune asupra pelagrei o găsim în teza lui Constantin Vârnav din anul 1836 intitulată *Rudimentum physiologiae Moldaviae*. Câţiva ani mai târziu, Finkelstein descrie, tot în Moldova, o „lepră endemică", recunoscută ca fiind pelagra. În perioada anilor 1890 -1912 profesorul Babeş şi colaboratorii săi au întreprins o serie de cercetări privind această boală. Profesorii Marinescu, Nitulescu, Obreja, Parhon şi Slătinaru s-au ocupat, la rândul lor, de studiul endemiei pelagroase în România. Cifra mortalităţii prin endemia pelagroasă raportată la 100 000 de locuitori era de 14,4 -16, cifră neînsemnată faţă de cea a mortalităţii cauzate de alte boli. Astfel, mortalitatea prin TBC era de 170-189 cazuri/100 000 locuitori.

Întrebuinţând datele statistice ale anilor 1931-1935, dr. Claudian nota: „*dintr-un număr total de 69 195 cazuri cunoscute, 6,5% provin din mediul urban. E vorba fie de bolnavi de la ţară, fie de locuitori ai periferiei oraşelor, care duc o viaţă rurală din punct de vedere social şi alimentar*".

Concluzia ce se desprinde în urma anchetelor făcute privind alimentaţia populaţiei rurale româneşti este că în majoritatea cazurilor apărea ca fiind suficientă în ceea ce priveşte nivelul cantităţilor mijlocii de alimente principale

consumate. Constatarea este valabilă mai ales pentru glucide şi mai puţin pentru proteine. Totuşi, din pricina consumului ridicat de glucide, raţia calorică se ridica la un nivel superior cifrelor teoretice sau celor observate în alte părţi ca valori mijlocii, în special la muncitori.

Din punct de vedere calitativ şi funcţional, alimentaţia populaţiei rurale româneşti era deficitară şi vicios întocmită, situaţie ce se explică prin:

- structura sau compoziţia regimului alimentar copleşit de consumul excesiv de alimente vegetale, în care produsele făinoase şi, în special porumbul, deţineau un loc mult prea important; porumbul furniza 33,2% din totalul proteinelor consumate şi 17,5% din întreaga cantitate de grăsimi, iar leguminoasele uscate 6% din totalul proteinelor;
- lipsa sau consumul redus de alimente animale, proaspete şi protectoare;
- lipsa de pricepere la folosirea raţională a alimentelor, la prepararea bucatelor şi conservarea alimentelor, precum şi prin utilizarea unei igiene alimentare cu totul rudimentare;
- inegalele distribuţii în cursul anului a felurilor şi a cantităţii de alimente de care dispune gospodăria rurală (cvasiînchisă din punct de vedere economic în domeniul alimentaţiei, întrucât consumă în majoritatea cazurilor numai ceea ce poate produce), repartiţie care depinde de ritmul particular de producţie al exploatării ţărăneşti, consumul de alimente neurmând un ritm paralel cu succesiunea şi intensitatea muncilor impuse de exploatarea agricolă familială românească; din pricina acestei discordanţe, familia ţărănească a trecut prin epoci de supraalimentaţie, cunoscând deseori perioade lungi de subnutriţie sau carenţă care corespundeau tocmai epocilor de maxim efort.

Constatările precedente au fost valabile pentru întreaga masă a populaţiei rurale româneşti, surprinzător de omogenă din acest punct de vedere. Variaţiile regionale, puţin însemnate, sau privind arii restrânse de populaţie, nu schimbau semnificaţia lor generală, reală. O stare de lucruri mai acceptabilă, în special în ceea ce priveşte consumul de produse animale, se constata, totuşi, în regiunile din sud-vestul ţării, unde exista o populaţie ţărănească mai evoluată şi cu o stare materială mai bună. În asemenea condiţii se înţelege de ce regimul alimentar ţărănesc avea repercusiuni importante asupra stării de nutriţie şi de sănătate a populaţiei. Compoziţia acestui regim precum şi lipsa de cunoştinţe elementare dietetice explică în bună parte frecvenţa maladiilor acute gastrointestinale (în special la copii) şi a afecţiunilor cronice (gastrite, enterocolite la adulţi), la populaţia rurală a ţării noastre. De asemenea, mortalitatea infantilă ridicată s-ar putea atribui, într-o măsură însemnată, lipsei de rezistenţă a noilor-născuţi ca urmare a alimentaţiei defectuoase a mamelor în timpul sarcinii şi alăptării.

Scanned with OKEN Scanner

În concepția lui D.C. Georgescu acțiunea de ansamblu întreprinsă pentru a remedia o astfel de stare de lucruri ar consta în:

„- ameliorarea cantitativă şi calitativă a producției exploatării familiale, care să fie orientată spre o mai mare diversitate de produse, nu neapărat cerealiere;

- îmbunătățirea şi raționalizarea regimului de muncă;

- ridicarea standardului economic al păturii țărăneşti;

- organizarea unei mai bune şi mai rapide distribuții a anumitor produse alimentare de strictă necesitate, făcându-le accesibile prin scăderea prețului de vânzare;

- începerea şi continuarea unei serioase, intense şi îndelungate opere de educație şi de igienă alimentară".

Neîndoielnic este faptul că deficiența în modul de alimentație al țăranului român nu ținea atât de modul defectuos de preparare a alimentelor, cât de lipsa resurselor alimentare.

„*Este o problemă economică, înainte de a fi una culinară*", spunea dr. Claudian în lucrarea sa intitulată *Pregătirea alimentelor în gospodăria rurală*.

Ignoranța gospodărească se referea în primul rând la conservarea alimentelor, iar în al doilea rând la pregătirea lor.

Marea problemă a alimentației țărăneşti rămânea în continuare consumul excesiv de mămăligă, fără adaosul proteinelor animale; „*reziduul exagerat dă naştere la fermentații intestinale ce duc la afectarea tubului digestiv; proteinele porumbului sunt foarte prost asimilate, în aceste condiții ducând la denutriție şi pelagră*" (I.Nițescu, *Patologia pelagrei*).

I. Claudian afirma:

„*Avem în țara noastră regiuni în care locuitorii au un regim alimentar superior celui din Vechiul Regat: e vorba de regiunile de peste munți. Țăranul ardelean, prin spiritul său gospodăresc, prin standardul său de viață, va fi desigur un excelent exemplu pentru țăranii din Muntenia şi Moldova*".

Bibliografie selectivă pentru capitolele I-IV

Ancuşa M., Nistor F., *Franz von Schraud, despre epidemia de scorbut din Banatul timişean şi comitatele învecinate în anul 1803*, „Timişoara medicală", nr.2,1985.

Banu G., *Alimentaţia sugarilor în masele populaţiei româneşti*, „Revista de igienă socială", 1932, 1, p.101.

Banu G., *Cercetări asupra alimentaţiei copiilor de şcoală din România*, „Revista de igienă socială", 1931, 2.

Banu G., Râmniţeanu P., *Cercetări asupra stării de nutriţie a copiilor de şcoală în România*, „Revista de igienă socială", 1931, 1.

Banu G., *Examen critique et synthese. Alimentation*, „Revista de igienă socială", 1940, 1, 6.

Benetato G., *Consideraţiuni generale asupra problemei alimentare*, Ed. F.Göbl FII extras din numărul festiv al „Revistei de igienă socială", 1940, 1, 6.

Benetato G., *Problema alimentaţiei pentru individ şi colectivitate*, Ed. Cartea Românească, Cluj, 1939.

Benetato G., *Alimentaţia ţăranilor din Ardeal şi Banat*, extras din Revista de igienă socială, 1940, anul X, nr.1, Bucureşti.

Bologa V., *Alimentaţia românilor bănăţeni în secolele XVII-XVIII*, „Revista de igienă socială", 1931, 1.

Scanned with OKEN Scanner

Giurescu C.C., Giurescu Dinu C., Giurescu C.D. *Istoria românilor din cele mai vechi timpuri şi până astăzi*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1975.

Graur Al., *Formarea poporului român*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1973.

Lupu N. *Unitatea limbii române*, vol.*Unitate şi continuitate în istoria poporului român*, Ed.Academiei, Bucureşti, 1968.

Manolescu N. *Alimentaţia ţăranului*, extras din revista „Viaţa Românească", 1906, Ed. Dacia, Iaşi.

Marialacki C., Stănescu B. *Igiena ţăranului. Alimentaţiunea ţăranului în deosebitele epoci ale anului şi deosebitele regiuni ale ţării*, Bucureşti, 1895.

Mehedinţi S., *Unele aspecte medico-sanitare ale alimentaţiei colective la studenţi*, „Igiena", 1972, XXI, nr.1.

Mehedinţi S., *Vechimea poporului român şi legătura cu elementele alogene*, Ed. Cartea Românească, Bucureşti, 1925.

Mehedinţi S., *Fazele geografice ale istoriei*. Observaţii geopolitice, Rev. geografică română, an III, f.II-III, 1940.

Mincu I., Segal M. *Ce este Transilvania*? Opere complete, vol.Geografia, Partea a II-a, Bucureşti, 1943.

Mincu I. *Orientarea actuală în nutriţie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.

Mincu I., Mogoş V. *Impactul om-alimentaţie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.

Muşat M., Ardeleanu I. *Bazele practice ale nutriţiei omului bolnav*, Ed.Coresi, 1993.

România după Marea Unire, vol.II, partea I şi II, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986.

Scanned with OKEN Scanner

Nitzulescu I. *Metabolismul alimentației populației rurale*, „Revista de igienă socială", 1940.

Perper S.O. *Vegetarismul*, Bucureşti, 1932-1934.

Posea Gr., *România, Geografie şi geopolitică*, Ed. Fundației „România de Mâine", Bucureşti, 1999.

Posea Gr., *Considerații privind depresiunile carpatice şi colinare, ale rețelei de văi în viața şi permanența poporului român*. Studii şi cercetări de geologie, geofizică şi geografie. Seria Geografie T XXIV nr.1, Ed. Academiei, Bucureşti, 1977.

Posea Gr., *Le rôl des depressions carpatique et collinaires et du reseau de vallées dans la vie et la permanence du peuple roumain*, Rev. Roumain de Geographie T36, 1992.

Posea Gr., *Le systeme geographique carpato-danubiano-pontique et l'unité de l'état, de la nation, de la langue du peuple roumain*, Terra, nr.1-2, 1992.

Proca G., KirileanuT. *Cercetări asupra hranei țăranului*, „Buletinul Societății de Ştiințe din România", 1907, anul XVI, nr.1 şi 2, Bucureşti.

Rusu I. *Ouăle şi carnea de pasăre în alimentația ruralului*, „Revista de igienă socială", 1940.

Spielman I. *Contribuții la istoricul epidemiilor de scorbut din Transilvania şi Banat*, revista „Viața medicală", 1985, XXXII, nr.10.

Şuster B.M. *Vegetarismul*, Bucureşti, 1932.

Voicu I. *Legumele, fructele şi băuturile nealcoolice în alimentația țăranului român*, „Revista de igienă socială", 1940.

*** Analele Economice şi Statistice, 1860.

*** Monitorul Oficial, 5 august 1886.

Scanned with OKEN Scanner

*** Monitorul Oficial, 3 iulie 1888.
*** Monitorul Oficial, 27 iulie 1888, p.2284-2287.
*** Monitorul Oficial, 30 iulie 1888, p.2350.
*** Monitorul Oficial, 31 iulie 1888, p.2371.
*** Monitorul Oficial, 23 august 1888.
*** Monitorul Oficial, 22 decembrie 1889.
*** Monitorul Oficial, 16 noiembrie 1893.
*** Monitorul Oficial, 17 noiembrie 1893.
*** Monitorul Oficial, 27 martie 1894.
*** Monitorul Oficial, 7 aprilie 1894, p.230.
*** Monitorul Oficial, 30 aprilie 1894, p.824.
*** Monitorul Oficial, 24 iunie 1894.
*** Monitorul Oficial, 20 iulie 1894.
*** Monitorul Oficial, 22 iulie 1894.
*** Monitorul Oficial, 27 septembrie 1894.
*** Monitorul Oficial, 11 iunie 1895.
*** Monitorul Oficial, 23 iunie 1895.
*** Revista de Igienă Socială, octombrie 1934, p.633.
*** Revista de Igienă Socială, martie, 1935, p.170.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL V

PROBLEMELE ALIMENTARE ALE POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA DUPĂ CEL DE-AL DOILEA RĂZBOI MONDIAL

Cunoaşterea alimentaţiei şi a stării de nutriţie a populaţiei constituie o preocupare din ce în ce mai mare nu numai pentru cercurile medicale, ci şi pentru cele economice, politice, statale şi internaţionale. Se pot da ca exemple discuţiile şi rezoluţiile din Adunările generale ale Organizaţiei Naţiunilor Unite şi din unele organisme specializate ale acesteia (O.M.S., F.A.O., Programul alimentar mondial, reuniunile periodice ale Consiliului Mondial al Alimentaţiei, Fondul Internaţional de Dezvoltare Agricolă, P.N.U.D. etc.).

A 30-a Adunare Mondială a Sănătăţii, care şi-a desfăşurat lucrările în anul 1978 la Geneva, a avut ca punct al ordinii de zi discutarea temei „*Importanţa pentru sănătate a politicilor naţionale şi internaţionale de alimentaţie şi de nutriţie*". Cu acest prilej s-a adoptat o rezoluţie, având printre coautori şi România, care cerea ca O.M.S. să acţioneze pentru soluţionarea problemei mondiale a alimentaţiei, prin combaterea concomitentă a subalimentaţiei şi a abuzurilor alimentare.

Conferinţa Mondială a Alimentaţiei reunită la Roma în anul 1947 sub egida F.A.O., a recomandat ca F.A.O. şi O.M.S. să instaureze un sistem de supraveghere internaţională, în vederea cunoaşterii stării alimentare şi nutriţionale a populaţiei şi asigurării unei evaluări rapide a tuturor factorilor care influenţează structura consumului alimentar şi starea nutriţională. Ca urmare a rezoluţiei conferinţei, un comitet de experţi a elaborat şi publicat un model de metodologie de supraveghere nutriţională.

Supravegherea era indispensabilă în primul rând în zonele, ţările sau păturile de populaţie sărace şi subdezvoltate, unde insuficienţa energetică a raţiilor alimentare şi carenţele aportului de substanţe nutritive esenţiale avea caracter de fenomen de masă.

Cunoaşterea stării de alimentaţie şi de nutriţie rămâne însă necesară şi în colectivităţile prospere. Creşterea nivelului de viaţă, bunăstarea economică, sedentarismul, urbanizarea, anihilează unele tipuri de malnutriţii, dar generează cauze determinante sau favorizante pentru apariţia sau agravarea altora.

Scanned with OKEN Scanner

Este interesant de subliniat că, în afara efectelor hiperconsumului alimentar, în aceste colectivităţi se întâlnesc frecvent şi stări carenţiale determinate de prezenţa în meniuri, în cantităţi exagerate, a produselor superrafinate (zahăr şi produse zaharoase, pâine albă şi alte produse obţinute din făină albă sau din seminţe decorticate, băuturi alcoolice distilate etc.). De cele mai multe ori aceste dezechilibre nu îmbracă aspectul tipic al maladiilor carenţiale respective (scorbut, beri-beri, pelagră, rahitism, xeroftalmie, anemie) ci se manifestă în forme preclinice discrete, nespecifice, adesea neluate în seamă sau atribuite altor cauze.

Oficiul regional pentru Europa al O.M.S. în colaborare cu F.A.O. şi cu alte organizaţii au organizat în luna octombrie 1990 la Budapesta prima conferinţă europeană privind politica alimentară şi nutriţională. Din materialele prezentate, din discuţiile şi concluziile acestor întâlniri la care au participat delegaţii din toate statele Europei, a reieşit că pentru asigurarea unei stări de nutriţie normală la procente cât mai mari din populaţie şi pentru prevenirea maladiilor datorate erorilor alimentare, este necesară o largă colaborare intersectorială, atât la nivel naţional cât şi internaţional. În această colaborare trebuie să fie implicate organismele de stat şi particulare care au sarcini şi preocupări în domenii cum sunt: introducerea materiilor prime agroalimentare, prelucrarea şi comercializarea produselor alimentare, ocrotirea sănătăţii populaţiei, educaţia sanitară şi nutriţională prin mijloace mass-media şi învăţământul de specialitate, exportul şi importul de produse alimentare. S-a recomandat ca fiecare ţară să elaboreze programe care să ţină seama de specificul zonal, de priorităţi şi disponibilităţi de realizare.

În luna decembrie 1992 a avut loc la Roma *Conferinţa Internaţională asupra Nutriţiei*. Ne vom opri pe scurt la câteva aspecte cuprinse în „Declaraţia mondială asupra nutriţiei" şi în „Planul de acţiune" elaborate cu ocazia acestei conferinţe, ale cărei obiective rămân valabile şi azi:

- în ciuda progreselor remarcabile făcute în ultimii zece ani, lumea este încă departe de a atinge obiectivul unui mod de alimentaţie satisfăcător pentru fiecare individ în parte.

Mai mult de 780 milioane persoane, mai ales în Africa, sudul Asiei şi America Latină, nu se hrănesc suficient, atât cât ar fi necesar asigurării nevoilor esenţiale zilnice în energie şi proteine. Peste două miliarde de persoane beneficiază de un regim alimentar deficitar în vitamine şi săruri minerale, indispensabile unei creşteri şi dezvoltări normale. Sute de milioane de suflete umane suferă de tulburări cronice provocate sau agravate de o alimentaţie dezechilibrată.

Suprimarea foametei şi a malnutriţiei este apanajul umanităţii, al civilizaţiei.

Politicul, folosindu-se de principii coerente şi iniţiative extinse la nivel naţional şi internaţional, poate avea un impact considerabil asupra problemelor

Scanned with OKEN Scanner

nutriţionale, prin fortificarea programelor lor în domeniul alimentaţiei, nutriţiei, agriculturii, educaţiei sănătăţii şi protecţiei familiale.

Planul mondial de acţiune îşi propune să intervină în orientarea guvernelor ce vor colabora cu organizaţiile non-guvernamentale (sectoare private, colectivităţi locale, familii) şi cu Comunitatea internaţională, în vederea atingerii obiectivelor definite în „*Declaraţia mondială asupra nutriţiei*" adoptată de Conferinţa internaţională asupra nutriţiei. El cuprinde recomandări, programe şi activităţi care au rezultat în urma unui lung şi intens proces de consultare a unor planuri naţionale elaborate de către ţările participante.

Pentru a garanta populaţiei unui nivel nutriţional satisfăcător este absolut indispensabilă asigurarea în permanenţă a accesului la o aprovizionare suficientă şi corespunzătoare cu alimente de calitate variate şi la preţuri accesibile, precum şi a accesului la regimuri alimentare echilibrate şi sănătoase.

Un bun nivel nutriţional presupune, de asemenea, o cunoaştere aprofundată a regimurilor alimentare, a tipurilor şi structurilor lor, ţinând cont de obiceiurile alimentare locale, precum şi de evitarea problemelor legate de subalimentaţie şi de bolile netransmisibile corelate cu regimuri alimentare dezechilibrate.

O populaţie sănătoasă şi hrănită corespunzător reprezintă nu numai punctul final al unui nivel de dezvoltare reuşit, ci chiar îşi aduce o contribuţie benefică la acesta. La fel de importantă este şi aplicarea unei politici sănătoase în materie de sănătate, alimentaţie, agricultură, educaţie şi protecţie familială, care să menţină un raport echilibrat între nevoile populaţiei şi resursele disponibile, atât în mediul rural cât şi în cel urban.

Fiecare ţară trebuie să ia un angajament ferm pe plan social, economic şi politic, de a promova un înalt nivel nutriţional pentru întreaga sa populaţie, integrând aceste obiective în politica, planurile şi programele de dezvoltare pe termen lung sau scurt. În paralel, sectoarele agriculturii, sănătăţii, educaţiei şi protecţiei sociale, ca şi celelalte sectoare şi ministere apropiate ar trebui să adopte obiective nutriţionale şi, la nevoie, să le integreze în planurile, programele şi proiectele lor. Ele ar trebui să fortifice sensibilizarea publicului şi receptivitatea socială la ceea ce se numeşte „înalt nivel nutriţional".

Politica agricolă şi economică ar trebui să favorizeze o credibilitate durabilă a productivităţii agricole şi să creeze condiţii permanente sectorului agricol de a-şi îndeplini rolul său multifuncţional, inclusiv de a gestiona raţional resursele naturale, prin dozarea judicioasă a producţiei, comerţului şi prin constituirea de stocuri naţionale, regionale şi locale, ţinând însă cont de principiile pe care le presupune un sistem economic deschis.

Garantarea unei alimentaţii suficiente şi a unui regim echilibrat, a stării de sănătate, a educaţiei, sunt obiective care pot şi trebuie să fie atinse, graţie unor

Scanned with OKEN Scanner

măsuri viabile şi eficace. Aceasta presupune planificarea cu grijă şi utilizarea resurselor naturale cu precauţie, pentru a satisface în mod durabil nevoile nutriţionale, fără a compromite capacitatea de satisfacere a nevoilor generaţiilor următoare.

Strategiile de dezvoltare vizând atenuarea sărăciei şi garantarea celei mai bune nutriţii pentru toţi, trebuie să se bazeze pe obiectivul încrederii în echitate şi justiţie socială pentru protecţia şi binele tuturor în general, şi, în mod particular, a grupelor vulnerabile.

Peste tot, în toate societăţile, fiecare trebuie să aibă dreptul la un acces echitabil la condiţiile esenţiale pe care le presupune un înalt nivel nutriţional: resurse şi posibilităţi economice, hrană suficientă şi igienică, condiţii de viaţă salubre, educaţie şi alte servicii conexe.

Grupele cele mai vulnerabile din punct de vedere nutriţional sunt nou-născuţii, copiii mici, femeile gravide, handicapaţii şi persoanele vârstnice, aparţinând unor familii sau medii defavorizate. Acestea sunt grupele care trebuiesc protejate, lor trebuie să li se asigure, cu prioritate, un înalt nivel nutriţional, supraveghind ca ele să beneficieze de o atenţie deosebită în sânul familiei sau în cadrul serviciilor sanitare şi a programelor de securitate socială.

Politica de ameliorare nutriţională a populaţiei trebuie să ţină cont de faptul că obiceiurile, cunoştinţele şi creativitatea populară constituie un important motor al schimbării sociale. Mobilizarea colectivităţilor locale, a familiilor, este o condiţie prealabilă pentru accesul durabil la hrană şi pentru realizarea de programe şi proiecte adecvate ameliorării stării de nutriţie.

Trebuie recunoscută importanţa sectorului informaţional în transformarea şi distribuirea alimentelor.

- Nevoile populaţiei trebuie să fie în centrul preocupărilor tuturor partenerilor angajaţi în dezvoltare, atât în stadiul identificării problemelor cât şi în cel al planificării conduitei şi evaluării intervenţiilor.

Un înalt nivel nutriţional este indispensabil unei bunăstări sociale, psihice şi fizice individuale, permiţând fiecăruia să trăiască în demnitate, să ducă o viaţă absolut productivă, să contribuie la evoluţia colectivităţii şi naţiunii. De aceea trebuie uşurat accesul la aprovizionarea cu alimente, cât şi la serviciile sanitare, educaţionale, sociale. De asemenea, trebuie introduse cunoştinţe despre nutriţie în universităţi, facultăţi de medicină cu profil agricol.

Politica demografică trebuie să ocupe un loc de cinste în strategia vizând asigurarea durabilă a unei bune stări nutriţionale. Este vorba de o planificare familială liber consimţită, prin care viitorilor părinţi li se permite să aleagă liber numărul copiilor pe care şi-i doresc.

Scanned with OKEN Scanner

Sănătatea este elementul esenţial necesar dezvoltării omului, presupunând intervenţia a numeroase sectoare sociale şi economice, şi, nu în ultimul rând al celui sanitar.

Inegalităţile considerabile care există actualmente în situaţia sanitară a populaţiei, între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare, la fel ca şi cele din interiorul ţărilor, sunt inacceptabile şi trebuie tratate de urgenţă printr-o acţiune economică politică, socială şi economică. Atenţia insuficientă acordată stării de nutriţie poate avea grave consecinţe asupra sănătăţii.

Guvernele trebuie să protejeze şi să promoveze sănătatea populaţiilor lor, formulând programe şi adoptând politici puse în slujba naţiunii, conform strategiei ce vizează asigurarea sănătăţii tuturor.

Cooperarea economică şi tehnică între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare este la fel de indispensabilă reducerii diferenţelor care există în utilizarea resurselor de hrană.

Dacă nivelul stării de nutriţie a unei populaţii este subordonat unor serii de factori sociali, economici, biologici ce influenţează capacitatea sa de a obţine, consuma şi utiliza eficient alimentele de care are nevoie o populaţie sănătoasă şi bine hrănită, aceasta se datorează succesului dezvoltării sociale şi economice.

Dreptul la un nivel de trai corespunzător şi implicit la un mod corespunzător de alimentaţie este recunoscut şi cuprins în „*Declaraţia universală a drepturilor omului*".

Supravegherea stării de nutriţie a populaţiei trebuie să fie obiectivul esenţial al unei politici sănătoase de promovare a unei dezvoltări optime a fiecărui individ în parte. Astfel, trebuie promovate regimurile bine echilibrate care să aducă organismului toate elementele nutritive şi energia de care are nevoie, evitând atât supraalimentaţia cât şi subalimentaţia.

Conferinţa Internaţională asupra Nutriţiei trebuie considerată ca o etapă marcantă în combaterea foamei şi a malnutriţiei, mai ales în ţările în curs de dezvoltare, împiedicând în acelaşi timp apariţia bolilor legate de modul deficitar de alimentaţie.

Obiectivele Planului de acţiune susţinut în cadrul Conferinţei Internaţionale asupra Nutriţiei au demarat în unele ţări şi regiuni, însă pentru a-şi atinge scopul, ele trebuie susţinute şi de dorinţa de a promova un înalt nivel nutriţional pentru toţi.

Recunoscându-se importanţa alimentaţiei pentru dezvoltarea somato-psihică a copiilor cu scopul prevenirii unor malnutriţii mai mult sau mai puţin evidente, precum şi pentru obţinerea unor randamente crescute în activitatea de instruire şcolară, în unele ţări se aplică programe alimentare în care elevii primesc gratuit sau contra cost mic-dejunuri, dejunuri şi gustări judicios alcătuite şi atent verificate din punct de vedere al valorii nutritive.

Scanned with OKEN Scanner

Modul de alimentaţie al omului este influenţat de mediul geografic, conduitele climatice şi resursele naturale de hrană pe care le oferă zona în care trăieşte. Dar, spre deosebire de alte vieţuitoare, omul este o fiinţă socială. Din această cauză comportamentul său alimentar este condiţionat în foarte mare măsură şi de alţi factori decât cei menţionaţi anterior, şi anume de condiţiile economice, sociale, politice, culturale şi istorice.

În ultimele decenii, în ţara noastră au survenit profunde mutaţii ale acestor factori. Aceste prefaceri au inclus sau au determinat modificări în structura alimentaţiei şi în comportamentul alimentar al populaţiei. Unele schimbări au fost favorabile şi au avut efecte benefice asupra populaţiei. S-ar putea da ca exemplu înlocuirea cu pâine a mămăligii ca aliment de bază la majoritatea populaţiei, ceea ce a determinat în mare măsură diminuarea spectaculoasă a morbidităţii prin pelagră. În unele situaţii însă, la erorile vechi care au persistat, s-au adăugat altele noi care au condus la dezechilibre, carenţe sau abuzuri cu efecte nefavorabile asupra stării de sănătate a populaţiei.

O cauză principală în deteriorarea progresivă a situaţiei alimentare a constituit-o politica economico-socială dezastruoasă promovată de regimul dictatorial comunist instaurat după cel de-al doilea război mondial.

Cele menţionate până acum justifică importanţa cunoaşterii modului de alimentaţie şi a stării de nutriţie a diferitelor grupe de populaţie, aceasta permiţând evidenţierea unor deprinderi corecte care trebuie extinse şi consolidate, dar şi a greşelilor alimentare asupra cărora trebuie atrasă atenţia şi pentru înlăturarea cărora trebuie să se ia măsuri.

*

Situaţia alimentară a populaţiei din România în primii ani după război a continuat să fie precară.

Perioada de secetă şi de lipsuri din 1946 şi 1947 a fost, de asemenea, o perioadă de grele încercări pentru poporul român.

Colectivizarea agriculturii, încheiată, în linii mari, în perioada 1954-1955 a generat existenţa unor situaţii şi mai grele, mai ales în prima perioadă.

Industria alimentară, abia prefigurată în anul 1938, a creat şi a pus atunci la dispoziţia populaţiei o serie de sortimente de produse alimentare. Structura alimentaţiei urbane şi rurale urma să sufere, în anii ce urmau profunde transformări. Industrializarea, urbanizarea rapidă (55% din populaţia ţării fiind atrasă de mediul urban), modificarea vieţii sociale, a felurilor ocupaţiilor şi a nivelului cultural, a dus la o schimbare a tipului de alimentaţie a populaţiei, la o schimbare în structura fiziologică şi chiar în patologia acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Cunoaşterea deprinderilor alimentare, a structurii alimentare şi a stării de nutriţie a populaţiei a reprezentat întotdeauna o cercetare utilă şi importantă. Prin astfel de studii, aşa cum am mai arătat, se pot pune în evidenţă greşelile privind aspectul cantitativ şi calitativ al raţiilor alimentare şi se pot depista în faza preclinică unele malnutriţii prin aport alimentar exagerat, insuficient şi dezechilibrat.

*

În paginile ce urmează ne vom referi la situaţia alimentară în ţara noastră din perioada mai sus-menţionată, referiri ce au la bază date de cercetare statistică nutriţională aparţinând unor institute specializate, precum şi cercetări efectuate de Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti.

Rămânem datori prof.dr. S.Dumitrache şi colectivului său de la Catedra de Igiena Alimentaţiei din Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti pentru datele comunicate, care nu sunt însă publicate.

Cunoaşterea condiţiilor de alimentaţie şi a stării de nutriţie a populaţiei au constituit preocupări ale secţiei de Igienă a Alimentaţiei din Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti încă din primii ani de la înfiinţarea sa. Astfel, în anul 1949 a fost studiată alimentaţia populaţiei din comuna Gurbăneşti, judeţul Ilfov, în decursul unei perioade de 7-10 zile, urmărindu-se reflectarea modului de alimentaţie în starea de sănătate a locuitorilor (evaluată nu numai prin examene medicale, ci şi prin unele teste de laborator: hemogramă, proteinemie, ascorbinemie). Folosind aceeaşi metodă de cercetare, a fost studiată alimentaţia şi starea de nutriţie a metalurgiştilor ce lucrau la temperaturi înalte.

Ţinând seama de incidenţa pelagrei în acea perioadă, timp de mai mulţi ani (până în 1958) a fost cercetată morbiditatea prin această malnutriţie în mai multe circumscripţii rurale din zonele endemice şi a fost corelată cu condiţiile de trai, starea economică, dar mai ales cu felul alimentaţiei. În unele colectivităţi mai mici s-au adâncit investigaţiile asupra raţiei alimentare la pelagroşi şi, folosindu-se teste biochimice, s-a stabilit nivelul lor de asigurare în niacină, riboflavină şi tiamină în vederea precizării unor aspecte etiopatogenetice. Un studiu asemănător a fost reluat în anul1969, la care au colaborat medici de circumscripţie şi medici nutriţionişti din SANEPIDE, în 24 de localităţi din Muntenia, Oltenia şi Moldova, unde s-au efectuat anchete alimentare şi au fost examinate medical 48 370 persoane. La un număr de 725 pelagroşi confirmaţi şi la 438 persoane aparent sănătoase s-au practicat teste de încărcare cu vitamina PP. Un alt studiu epidemiologic a fost efectuat în perioada 1966-1970 pe un număr de 10 000 persoane adulte, urmărindu-se prevalenţa

Scanned with OKEN Scanner

obezității, hipertensiunii şi dislipidemiei, în funcție de natura profesiei şi de deprinderile alimentare.

În anii 1972-1973 un colectiv al Laboratorului de Igienă a Alimentației din I.I.S.P.Bucureşti a continuat cercetările pe un lot de 75 de bolnavi de pelagră aleşi din registrul de evidență al circumscripției comunei Singureni, județul Ilfov. Ancheta alimentară a scos în evidență consumul insuficient de produse de origine animală. Cerealele (mălaiul reprezentând aproximativ 50%) acoperind mai mult de jumătate din valoarea calorică a dietei.

Legumele şi fructele au fost consumate în cantități reduse, iar băuturile alcoolice s-au consumat în mod constant.

În anul 1979 acelaşi colectiv a continuat cercetarea structurii alimentației şi stării de nutriție a populației din comuna Singureni județul Ilfov. Din satele care compuneau comuna s-a alcătuit un eşantion de 110 familii. Din analiza datelor obținute s-a constatat că există un consum mai echilibrat toamna, decât primăvara-vara. Astfel, în perioada de toamnă, rațiile de carne (107,0%), ouă (111,3%), legume (98,1%), fructe (97,1%) şi pâine (109,3%) erau apropiate de cele recomandate. În schimb, primăvara-vara numai consumul de carne se situa în zona optimă (91,0%); în ambele perioade consumul laptelui era deficitar (primăvara - 68,5%; toamna - 87,8% din necesar). Insuficiența lui a fost însă compensată de consumul sporit de brânzeturi (180,5% şi respectiv 130,6%). Grupa laptelui şi a derivatelor sale era bine reprezentată în meniuri. Ouăle erau consumate frecvent, mai ales primăvara-vara, în cantitate dublă față de cea recomandată. Grupa legumelor şi fructelor a fost slab reprezentată primăvara (29,1% fructe, 40,6% cartofi şi 80,4% alte legume). Insuficiența cartofilor s-a menținut şi în perioada de toamnă (86,0%). Grupa derivatelor din cereale era excedentară, surplusul realizându-se pe seama consumului de mălai şi de fasole uscată.Mămăliga nu substituia pâinea, ci se consuma în paralel cu aceasta. Această abundență de derivate cerealiere (231% în perioada de primăvară) şi fasole albă (182%) contribuia la asigurarea şi chiar depăşirea aportului energetic, deşi alte grupe de alimente calorigene erau deficitare (cartofi şi produse zaharoase).

Alimentația eşantionului studiat s-a caracterizat şi prin folosirea unor cantități mari de ulei şi untură (152% primăvara şi 121,3% toamna) şi prin cantitate redusă de unt (26-63,4%). Alimentația populației comunei era net îmbunătățită față de anul 1969, remarcându-se o diversificare a alimentelor consumate, prin sporirea cantităților de produse de origine animală (brânzeturi, carne, ouă). În grupa derivatelor cerealiere, deşi consumul de mămăligă a rămas încă ridicat, totuşi a crescut mult ponderea consumului de pâine şi a altor produse preparate din făina de grâu. Aportul caloric acoperea integral sau chiar depăşea cheltuiala de energie

Scanned with OKEN Scanner

medie estimată, ţinându-se seama de vârsta, sexul şi ocupaţia membrilor familiilor cercetate. Privit în ansamblu, conţinutul în substanţe nutritive al alimentelor consumate era destul de echilibrat, majoritatea substanţelor nutritive consumate înscriindu-se în limite apropiate de cele recomandate.

Abateri în plus s-au constatat la raţia totală de lipide, care depăşea cu +10,8% norma alimentară, precum şi la raţia de fier (+12,2% primăvara; +14,7% toamna), şi la raţia de vitamina A (+12,7% şi respectiv +23,1%). Trebuie ţinut seama că o parte din fier provenea din derivatele de cereale şi din leguminoasele uscate consumate excedentar. Însă, datorită prezenţei crescute a acidului fitic şi celulozei în aceste produse alimentare, coeficientul de utilizare digestivă al fierului era destul de redus. La depăşirea raţiei de vitamina A au contribuit într-o proporţie ridicată carotenii din legume şi fructe, precum şi consumul crescut de ouă, ştiindu-se însă că, spre deosebire de retinol, aceştia aveau o absorbţie redusă (30% din cantitatea ingerată).

În perioada de primăvară-vară necesarul de proteine de origine animală nu era satisfăcut integral (deficit de -6,7%), ouăle neputând compensa consumul insuficient de lapte şi carne din această perioadă. La elementele minerale s-a constatat un aport redus de calciu, acesta acoperind 75,2% din raţia optimă, din pricina carenţei de lapte, legume şi fructe. Alimentaţia a fost necorespunzătoare din punctul de vedere al asigurării vitaminei PP (84,3% din necesar) şi mai ales a vitaminei B_2 (76,1% din raţia optimă), desigur, ca o consecinţă a consumului mai redus de lapte, carne, legume şi fructe.

Măsurătorile somatice au arătat că 67% din bărbaţi şi 46% din femei erau normoponderali. Obezitatea era întâlnită frecvent la femei (26%), şi mai puţin la bărbaţi (9%). Procentul persoanelor hipoponderale era redus (7% din bărbaţi, 9% din femei).Procente ridicate din populaţia adultă aveau valori crescute ale lipidemiei şi colesterolemiei.

Comparativ cu situaţia existentă în anii 1969, 1972 şi 1973, datele ultimului studiu arătau o îmbunătăţire atât a structurii alimentaţiei cât şi a unor indicatori ai stării de nutriţie.

Alte studii au fost făcute de I.I.S.P. Bucureşti (anul 1975) în comuna Nehoiu, judeţul Buzău, în comuna Domneşti, judeţul Argeş (anul 1976) şi în comuna Lehliu, judeţul Ialomiţa (anul 1977). În fiecare din cele trei localităţi s-a alcătuit un eşantion din familiile alese ca fiind cele mai reprezentative pentru localitatea respectivă. Numărul familiilor luate în studiu a fost: 117 în localitatea Nehoiu; 110 în localitatea Domneşti şi 109 în localitatea Lehliu. Anchetele alimentare au fost efectuate pe perioade de câte 7 zile, în două sezoane ale anului, primăvara, ca sezon deficitar, şi toamna, ca sezon de abundenţă alimentară.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele studiului întreprins pe aceste eşantioane de familii din cele trei localităţi situate în zone geografice diferite (munte, deal, câmpie) au fost următoarele:

- luând în considerare valorile medii, s-a constatat că din punct de vedere energetic, alimentaţia satisfăcea integral şi chiar depăşea nevoile reale ale populaţiei. Situaţia aceasta s-a reflectat în frecvenţa crescută a hiperponderabilităţii şi obezităţii atât la copii cât şi la adulţi (mai ales la femei);

- în toate localităţile persistau dezechilibre alimentare, dintre care cele mai importante erau:

a) consum redus de legume (inclusiv cartofi) şi fructe în perioada de primăvară (insuficienţă ce se menţinea şi toamna);

b) dezechilibre existente între consumul de pâine şi cel de mămăligă, cantităţile de pâine fiind adecvate; însă, în majoritatea familiilor se consuma frecvent mămăligă şi alte derivate cerealiere, precum şi fasole albă, ceea ce a făcut ca această grupă de alimente să fie cu mult excedentară faţă de raţiile recomandate;

c) dezechilibre existente în privinţa consumului de lapte şi al produselor din lapte (brânzeturi). Laptele se consuma în cantităţi mici atât primăvara cât şi toamna, insuficienţa lui fiind compensată prin consumul de brânzeturi;

- hiperconsumul de ouă a compensat relativa insuficienţă a cărnii din perioada de primăvară, în comunele Nehoiu şi Domneşti.

Din punctul de vedere al gradului de asigurare cu substanţe nutritive în alimentaţie, se consuma în cantităţi adecvate sau în surplus lipide, glucide, proteine, fosfor, fier, vitamina A şi B. Provenind în mare măsură din derivatele cerealiere şi din fasole, fosforul şi fierul aveau valoare nutriţională redusă. Primăvara, în comunele Nehoiu şi Domneşti, exista un uşor deficit de proteine animale şi vitamina PP, care însă a fost compensat toamna. Raţiile de calciu şi vitamina B_2 au rămas insuficiente în ambele perioade. Indicatorii biochimici arătau frecvenţe crescute ale dislipidemiei, realizate mai ales pe seama creşterii colesterolului. Proteinemia se înscria în limite normale în majoritatea cazurilor. În schimb, aproape un sfert din adulţii eşantionului din comuna Nehoiu aveau deficit hemato-hemoglobinic. Eliminarea urinară de vitamina C şi N-metilnicotinamidă a pus în evidenţă o carenţă accentuată de acid sorbic şi o insuficienţă moderată de niacină în perioada de primăvară, ambele deficienţe fiind corectate, în mare măsură, toamna.

Ca rezultat al profundelor modificări economico-sociale, malnutriţiile prin subalimentaţie au dispărut practic ca boală endemică. Totuşi, cunoaşterea modului de alimentaţie rămâne în actualitate, şi aceasta pentru că deprinderile alimentare nu se modifică în acelaşi ritm cu parametrii sociali şi economici. În acelaşi timp, încep să se manifeste efectele hiperconsumului, ale consumului dezechilibrat faţă de nevoile nutritive actuale ale populaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Modificările trebuinţelor alimentare şi ale condiţiilor de alimentaţie a populaţiei în aglomerări de tip urban au înregistrat o dinamică accelerată, mai ales începând cu secolul al XIX-lea. Pe lângă modificările favorabile induse de urbanizare, ea este însoţită însă, şi de o serie de fenomene nefavorabile din punct de vedere nutriţional şi, uneori, igienic. Cetăţeanul, care trăieşte în condiţii de viaţă urbană, îşi reduce cheltuiala de energie chiar când exercită profesiuni manuale. Ca o consecinţă logică şi pentru a respecta unul din principiile de bază ale alimentaţiei raţionale, el ar trebui să-şi reducă aportul de substanţe nutritive furnizoare de energie (glucide, lipide şi protide) la nivelul trebuinţelor sale reale, care sunt scăzute. În realitate, acest deziderat de multe ori nu se respectă, consumatorul renunţând cu greu la plăcerea pe care i-o conferă actul alimentar, ingerând o cantitate de energie care o depăşeşte pe cea real cheltuită. Surplusul tezaurizat duce la instalarea obezităţii cu complicaţiile şi maladiile asociate (dislipidemii, ateromatoză, accidente cardiovasculare, diabet, reumatism cronic degenerativ etc).

În tabelul 1 sunt prezentate sintetic rezultatele unor cercetări privind incidenţa obezităţii, întreprinse în ţara noastră între anii 1963-1974.

Tabel 1

Incidenţa obezităţii în câteva studii epidemiologice efectuate în România

Autori	An	Localitate	Nr.subiecţi	Incidenţa obezităţii (%)
Pavel şi colab.	1963	Bucureşti	17289	19,6
Laszlo	1963	Timişoara	3918	23,6
Horvath	1964	Ardeal	24596	25,6
Ţurcanu	1964	Jimbolia	2325	25,0
Sfârleză	1965	Oltenia:		
		rural	2000	12,1
		urban	2000	21,5
Stăncescu şi colab.	1968	Bucureşti:		
		ind. alimentară	2500	29,7
Gonţea şi colab.	1970	Bucureşti:		
		funcţionari	2565	33,0
		ind.uşoară	2536	32,0
		ind.chimică	2072	25,0
		metalurgie	2876	19,0
Mincu şi colab.	1972	Bucureşti	7085	31,1
Mincu şi colab.	1973	Bucureşti	12278	28,9
Botogan şi colab.	1974	Deltă rural pescari	300	7,3

Scanned with OKEN Scanner

O altă consecință a urbanizării a prezentat-o creşterea ponderii alimentelor prelucrate industrial în dauna celor naturale. În oraşe, comparativ cu mediul sătesc, se consumă evident mai multe produse conservate, congelate, preparate din carne tip mezeluri, produse zaharoase şi mai puține fructe şi legume proaspete. Prelucrările industriale la care sunt supuse produsele naturale în vederea posibilității de a le transporta la mari distanțe şi de a le stoca timp îndelungat şi chiar însăşi prelungirea timpului de păstrare, creează condiții de îndepărtare, inactivare, distrugere a unor substanțe nutritive esențiale, cele mai sensibile din acest punct de vedere fiind vitaminele.

Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Bucureşti, examinând situația consumului de zahăr la nivel național pe o perioadă de 15 ani (1960-1975), a constatat că paralel cu amplificarea fenomenului de urbanizare s-a produs şi o creştere a consumului de zahăr. De la o cantitate medie de 10,6 kg/locuitor în anul 1960 s-a ajuns la 19,2 kg zahăr/locuitor în anul 1975. Consumul exagerat de produse rafinate dezechilibrează profund ratia alimentară, în sensul că unele substanțe nutritive sunt aduse în exces față de altele. Când dezechilibrul interesează substanțe al căror metabolism se intercondiționează, riscul tulburărilor metabolice este şi mai mare. Aşa se întâmplă, de exemplu, în cazul consumului crescut de zahăr, produse zaharoase şi produse din făină albă, care sunt foarte bogate în glucide şi mult sărăcite sau chiar lipsite de vitamina B_1 necesară metabolizării normale a glucidelor. Fără a se ajunge la sindromul clasic al maladiei carențiale „beri-beri", se instalează totuşi manifestări subclinice psiho-neurologice precum astenia fizică şi intelectuală, scăderea memoriei, iritabilitatea, intoleranța la zgomot, tulburări de somn, cefalee nejustificată, inapetență, iar în cazuri mai grave chiar parestezii şi pareze. Se vorbeşte de un „beri-beri de tip occidental". Pe un astfel de teren debilitat, multiple stresuri psihice ale vieții citadine lasă urme mai adânci, îngroşându-se rândurile psihastenicilor şi ale altor bolnavi nevrotici. Consumul abuziv de zahăr şi de produse zaharoase amplifică riscul dislipidemiilor şi al diabetului zaharat. Într-un studiu epidemiologic întreprins pe un eşantion de peste 10 000 de persoane adulte din Capitală s-a constatat o corelație strânsă între cantitatea de zahăr consumat şi nivelul colesterolemiei.

Locuitorii oraşelor apelează frecvent la unități de alimentație colectivă, începând din primii ani de viață (creşe, cămine, cantine şcolare) şi terminând cu căminele de bătrâni. Utilizarea lor prezintă reale avantaje existând însă riscul ca greşelile de compunere a meniurilor sau nerespectarea unor norme de funcționare igienică să se repercuteze nu numai asupra unui individ sau a unei familii, ci asupra unui număr mare de consumatori, generând dezechilibre nutriționale, afecțiuni digestive cronice de tip gastrite, ulcere, enterocolite, sau chiar izbucniri de intoxicații alimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere că în ţara noastră în această perioadă urbanizarea a înregistrat un ritm accelerat, s-a considerat necesară cunoaşterea modificărilor impuse de aceasta în condiţiile de alimentaţie şi în starea de nutriţie a populaţiei.

Studiile nutriţionale au continuat în anii 1979 şi 1980, urmărind instituirea treptată a unui sistem unitar de supraveghere a stării de sănătate nutriţională prin evaluări locale, zonale şi generale urmărite dinamic şi util în egală măsură factorilor economici şi sanitari în luarea de măsuri eficiente şi efectuării unor lucrări de prognoză. Astfel, în perioada anilor 1979-1980 echipe ale Institutului de Igienă şi Sănătate Publică Cluj-Napoca,Iaşi şi Timişoara au efectuat 14 anchete alimentare din care 12 au fost efectuate în localităţi rurale pe un număr de 2 689 subiecţi, şi 2 anchete în colectivităţi muncitoreşti însumând 448 subiecţi. La nivelul localităţilor investigate (excepţie făcând comuna Peştera din judeţul Constanţa), aportul de calorii s-a dovedit a fi mai mic primăvara comparativ cu toamna. Abaterea procentuală a aportului de calorii faţă de raţia de referinţă a prezentat, în general, valori negative mai mari în comuna Rogova-Mehedinţi (-31%), căminele de nefamilişti Braşov (-21%) şi comuna Salcia-Teleorman (-18%). În raţia optimă (10%) s-au încadrat loturile populaţionale din 8 localităţi investigate (Cherleşti-Olt, Daia-Ilfov, Dioşti-Dolj, Peştera-Constanţa, Scorţaru Nou-Brăila, Tărlungeni-Braşov, Leordeni-Argeş, Câmpina-cămine nefamilişti). În perioada de toamnă, cea mai mare abatere negativă de la raţia de referinţă în calorii a fost de 17% (Rogova-Mehedinţi) . S-a înregistrat o abatere mai mare de 10% (Câmpina - cămine nefamilişti).

La nivel zonal, primăvara s-a înregistrat în Câmpia Dunării o abatere de -9% faţă de raţia de referinţă, iar toamna s-a înregistrat o abatere de + 1%. În zona de deal a Munteniei abaterea procentuală de la raţia optimă de calorii a fost de -14% (primăvara) şi de -7% (toamna).

În privinţa aportului de proteine totale, la nivelul zonelor geografice s-a remarcat, în general, o acoperire satisfăcătoare a raţiei. Astfel, în Câmpia Dunării abaterea aportului de proteine totale faţă de raţia de referinţă a fost de +5% (primăvara), respectiv de +11% (toamna). Atât din situaţia fiecărei localităţi în parte cât şi din sintezele pe zone geografice a rezultat atât acoperirea nevoilor organismului în proteine cât şi aportul corespunzător de proteine animale.

Variaţia consumului de lipide a avut ca limită inferioară procentul de -22% (loc.Rogova-Mehedinţi) şi ca limită superioară procentul de +40% (loc.Tărlungeni - Braşov) şi +52% (căminele de nefamilişti - Câmpina). Abaterea faţă de raţia de lipide recomandate a fost de -2% (primăvara) şi +1% (toamna) în zone de câmpie şi de -7%, respectiv -4%, în zona carpatică a Munteniei. În perioada de toamnă s-a remarcat o creştere a consumului de lipide vegetale.

Scanned with OKEN Scanner

În privința aportului de glucide în perioada de primăvara, în cele 14 localități investigate s-a remarcat un deficit la glucide mai mic decât -10%. Limitele de variație ale acestui deficit au fost de -38% (Rogova-Mehedinți; cămine de nefamiliști - Brașov) și de -17% (Dioști - Dolj; Peștera - Constanța; Tărlungeni-Brașov; Leordeni-Argeș).

În perioada de toamnă, cu toate că aportul de glucide s-a menținut negativ față de rația de referință cu o singură excepție (+7% în loc.Smeeni-Buzău), 5 localități s-au încadrat în rația optimă. În perioada de toamnă limita inferioară a variației a fost de -24% (cămine de nefamiliști - Brașov). La nivelul zonelor geografice abaterea procentuală a aportului de glucide față de rația de referință a fost de -22% (primăvara) și de -7% (toamna), iar în regiunea subcarpatică a Munteniei de -26% (primăvara) , respectiv -16% (toamna).

Admițând coeficientul de variație al metodei (10%), s-a considerat că la nivelul ambelor zone erau acoperite nevoile în calorii, proteine și lipide în ambele perioade investigate, cu un aport suplimentar în perioadele de toamnă.

În privința aportului de glucide, deficitul s-a menținut în ambele perioade investigate, fiind mai accentuat primăvara. Studiul alimentelor consumate, atât în perioada de primăvară cât și în perioada de toamnă, a confirmat și aprofundat constatările privind structura rației în calorii și substanțe nutritive.

În tabelele ce vor urma sunt prezentate aportul mediu zilnic de alimente la nivelul loturilor zonale, diferențiate pe sexe, vârste, categorii de efort, separat pentru perioada de primăvară și perioada de toamnă.

Ele au permis următoarele constatări:

a) Aportul de carne s-a prezentat puțin crescut față de referință, mai accentuat în perioada de toamnă.

b) Aportul de ouă, puțin crescut față de referință, a fost mai accentuat în perioada de primăvară; fenomen firesc în mediul rural în care alimentația se bazează mult pe producția proprie.

c) Aportul de brânză s-a prezentat crescut față de referință, mai pregnant în perioada de toamnă.

d) Aportul de lapte s-a menținut deficitar, constant în ambele perioade, compensat însă de celelalte grupe de alimente în ceea ce privește aportul proteic, dar necompensat în ceea ce privește aportul de calciu și vitamine liposolubile, mai ales la grupele de copii și adolescenți. Aportul alimentelor (carne, ouă, brânză) explică structura corespunzătoare și chiar ușor crescută față de referință în rația zilnică, atât a totalului de proteine, cât și a celor de origine animală.

e) Aportul de grăsimi comerciale s-a situat aproximativ la nivelul ratei de referință, puțin mai crescut toamna, mai ales pe seama lipidelor vegetale (ulei).

Scanned with OKEN Scanner

Cu toate că raţia totală de lipide a fost acoperită la nivelul ambelor zone atât prin grăsimi alimentare comerciale cât şi prin lipide aflate în structura unor alimente de origine animală al căror aport este corespunzător (carne, brânză, ouă), s-a constatat un deficit de lipide animale de 11% (primăvara) şi -28% (toamna) în zona de câmpie şi -15% respectiv -22% în zona de deal. Acest fenomen aparent paradoxal a fost explicat prin consumul scăzut de unt.

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural ANUL INVESTIGAȚIEI 1980

Județele DOLJ, ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

STRUCTURA LOTULUI INVESTIGAT

GRUPA DE POPULAȚIE	GRUPA DE VÂRSTĂ	NR.CAZURI
COPII	1-12 ani	286
ADOLESCENȚI	13-19 ani	39
ADOLESCENTE	13-19 ani	49
BĂRBAȚI	20-40 ani	123
FEMEI	20-40 ani	142
BĂRBAȚI	41-65 ani	264
FEMEI	41-60 ani	257
BĂRBAȚI	Peste 65 ani	75
FEMEI	Peste 60 ani	124
TOTAL CAZURI		1359

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT

Aportul mediu zilnic de calorii şi substanțe nutritive.

	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
PRIMĂVARA	2420	2191	-9	75	78	+4	33	34	+3	81	79	-2	53	47	-11	351	274	-22
TOAMNA	2420	2448	+1	75	88	+17	33	39	+18	81	82	+1	53	38	-28	351	326	-7

Scanned with OKEN Scanner

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COPII:	1-3 ani	58	1300	1343	+3	45	48	+7	3	21	-29	46	43	-7	33	24	-28	190	181	-5
	4-6 ani	62	1800	1663	-8	56	58	+3	31	23	-25	60	54	-10	42	28	-34	259	223	-14
	7-9 ani	72	2200	1835	-17	66	63	-5	43	25	-41	68	62	-8	49	33	-33	328	241	-26
	10-12 ani	94	2500	1977	-21	80	70	-13	45	29	-36	81	68	-16	61	37	-39	364	257	-30
BĂIEȚI:	13-15 ani	20	2900	1939	-3	98	69	-30	52	27	-47	96	64	-33	70	35	-50	418	257	-38
	16-19 ani	19	3100	2499	-19	102	90	-12	54	37	-32	103	91	-12	72	57	-20	444	311	-30
FETE	13-19 ani	49	2500	2050	-18	87	73	-17	48	32	-34	86	70	-19	66	38	-43	350	267	-24
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	21	2700	2506	-7	83	87	+5	35	42	+21	86	109	+26	54	78	+45	399	276	-31
	efort mediu	67	3100	2629	-15	92	95	+4	35	44	+25	103	97	-5	71	59	-17	453	323	-29
	efort mare	31	3700	2743	-26	99	103	+4	34	48	+42	123	102	-17	85	70	-18	548	332	-39
	efort f.mare	4	4000	3112	-22	108	123	+13	35	62	+76	135	100	-26	90	77	-14	596	406	-32

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

(continuare tabel pag.291)

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME BULION	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
42	22	30	11	27	0	176	35	25	0	0	2	1	2	4	11	7	12	3	0
53	37	40	14	29	1	221	43	27	1	0	4	2	3	6	15	10	23	2	1
59	45	54	14	18	1	273	40	26	2	1	4	2	3	6	14	8	20	2	0
71	45	54	19	17	0	292	41	28	1	0	7	3	4	8	15	7	20	3	1
61	61	62	15	6	2	336	28	31	0	0	4	1	1	6	12	2	15	0	1
99	67	59	34	7	0	438	29	18	5	1	6	1	10	11	9	3	14	4	5
85	108	55	14	15	0	333	42	23	1	0	8	2	4	8	12	5	9	4	4
75	46	50	22	0	1	383	27	24	2	0	4	2	5	8	12	4	8	0	34
86	64	74	24	4	1	403	75	22	1	1	9	4	6	9	9	4	7	8	24
79	73	70	28	7	2	495	33	18	1	0	4	3	3	9	5	8	7	3	39
89	106	78	0	0	0	707	1	26	0	0	12	7	0	7	11	2	0	0	38
85	63	87	22	7	6	373	39	24	4	1	5	1	6	9	15	4	10	3	23
93	59	70	23	5	0	397	73	25	2	0	7	3	7	11	9	2	10	8	26
94	88	62	23	3	1	455	51	28	3	1	6	3	4	11	11	4	10	1	30
101	142	68	0	0	0	570	0	16	0	0	15	9	0	22	1	0	0	0	88
88	40	65	18	7	0	310	76	27	2	0	4	3	3	8	13	4	14	2	7
86	84	79	24	10	0	375	25	26	2	2	5	2	8	10	11	8	10	2	11
76	73	56	17	1	0	378	53	21	1	0	6	3	3	8	8	2	12	0	11
84	54	76	16	7	1	322	60	24	4	0	7	2	3	10	11	5	14	6	7
84	64	73	25	5	2	357	33	26	3	1	6	2	5	10	12	4	7	3	16
81	72	62	18	2	1	352	66	28	1	1	2	2	7	9	11	3	20	0	10
76	52	70	20	4	1	297	60	30	2	0	3	2	3	10	11	3	6	3	18
71	43	62	21	6	2	277	46	24	1	0	4	2	3	8	12	3	6	2	9

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Judeţele DOLJ, ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

STRUCTURA RAŢIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAŢIE		NUMĂR SUBIECŢI ANCHETAŢI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEŞTE	CONSERVE PEŞTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	58	16	2	20	5	0	3	0	5	0	35	189	16	3	4	12
	4-6 ani	62	15	3	28	6	2	5	1	10	1	38	115	25	4	5	15
	7-9 ani	72	22	4	28	7	2	6	1	12	1	40	112	26	4	8	19
	10-12 ani	94	20	5	40	6	1	7	1	15	1	44	103	33	6	8	20
BĂIEŢI:	13-15 ani	20	13	5	35	11	6	5	3	15	0	52	85	28	3	10	19
	16-19 ani	19	34	7	33	13	0	14	0	27	1	65	73	43	4	21	24
FETE:	13-19 ani	49	20	10	38	4	2	6	1	16	3	48	104	42	5	6	25
BĂRBAŢI:	efort uşor	21	30	2	49	14	2	34	4	13	10	69	49	47	7	30	23
20-40 ani	efort mediu	67	37	18	55	14	10	13	6	24	4	68	73	45	4	16	30
	efort mare	31	40	7	43	24	4	20	2	15	2	89	54	63	2	21	24
	efort f.mare	4	22	54	89	0	0	19	18	20	0	44	89	125	5	19	17
BĂRBAŢI:	efort uşor	80	30	6	48	10	2	12	1	12	1	67	75	50	3	17	26
41-65 ani	efort mediu	98	35	11	58	10	3	15	2	14	2	63	97	48	4	26	27
	efort mare	83	38	6	51	14	4	11	0	24	1	81	119	45	2	23	24
	efort f.mare	3	61	18	63	0	0	54	0	43	0	44	0	19	0	36	35
FEMEI:	efort uşor	53	22	5	34	13	2	9	1	11	3	50	100	43	3	12	24
20-40 ani	efort mediu	51	31	2	47	10	6	15	1	20	1	52	63	46	4	16	27
	efort mare	38	35	6	34	17	2	8	2	31	1	68	101	46	1	19	24
FEMEI:	efort uşor	90	22	6	43	10	2	11	2	9	1	53	101	39	3	11	24
41-60 ani	efort mediu	104	27	5	46	12	3	11	1	18	1	58	53	48	2	16	27
	efort mare	63	35	3	42	8	1	4	0	23	2	69	159	38	3	16	21
BĂRBAŢI peste 65 ani:		75	20	3	39	7	1	6	0	14	0	61	93	43	3	16	20
FEMEI peste 60 de ani:		124	17	2	42	8	1	4	0	15	0	51	81	38	2	10	20

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAȚIEI

2. În glucide (continuare tabel pag.293)

NUMĂR CAZURI								
ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
10	19	21	16	26	6	7	10	5
19	70	26	17	30	3	1	0	0
9	35	15	17	11	0	1	0	0
15	53	25	18	11	0	0	1	0
26	75	69	38	41	9	4	1	1
5	39	28	24	32	8	6	4	0
5	40	48	40	70	28	17	8	1
5	25	7	17	11	7	1	1	1
6	23	20	22	31	9	7	5	1

4. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI							
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS		
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
TOTAL	2	16	8	20	33	14	7	12	8
ANIMALE	12	14	9	8	7	1	3	4	3
TOTAL	3	29	32	29	44	11	11	4	3
ANIMALE	24	15	12	13	9	8	4	2	1
TOTAL	1	27	11	19	21	5	2	2	0
ANIMALE	14	10	4	4	5	0	3	2	0
TOTAL	0	19	13	30	37	9	11	2	2
ANIMALE	6	9	12	7	11	10	8	9	10
TOTAL	6	27	35	47	83	31	14	10	11
ANIMALE	11	16	19	19	22	32	26	24	25
TOTAL	0	9	16	21	55	15	16	12	2
ANIMALE	9	8	10	16	15	13	9	8	9
TOTAL	1	17	20	37	85	34	27	23	13
ANIMALE	8	15	18	16	21	18	29	32	37
TOTAL	0	7	9	9	21	9	6	9	5
ANIMALE	5	4	4	5	3	9	7	13	7
TOTAL	4	7	13	5	40	14	13	18	10
ANIMALE	10	9	11	11	6	9	12	7	8

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele DOLJ. ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

DISTRIBUȚIA CAZURILOR

1. În calorii

GRUPA DE POPULAȚIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	4	13	18	22	26	11	11	8	7
COPII 7-12 ani	9	43	27	36	40	7	3	1	0
ADOLESCENȚI 13-19 ani	2	29	15	18	21	2	0	1	0
BĂRBAȚI 20-40 ani	2	26	20	33	35	4	2	0	1
BĂRBAȚI 41-65 ani	10	36	35	54	90	16	9	9	5
FEMEI 20-40 ani	2	10	20	29	53	14	14	4	0
FEMEI 41-60 ani	1	17	20	29	104	38	23	20	5
BĂRBAȚI peste 65 ani	2	11	8	7	29	9	5	2	2
FEMEI peste 60 ani	4	16	13	14	45	11	8	12	1

3. În proteine

GRUPA DE POPULAȚIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50 %
COPII 1-6 ani	TOTAL	1	17	6	14	34	16	7	17	8
	ANIMALE	19	29	22	14	24	6	3	2	1
COPII 7-12 ani	TOTAL	2	28	26	32	47	9	14	5	3
	ANIMALE	52	63	16	15	12	2	4	1	1
ADOLESCENȚI 13-19 ani	TOTAL	2	27	12	18	21	5	1	2	0
	ANIMALE	24	31	13	10	6	1	3	0	0
BĂRBAȚI 20-40 ani	TOTAL	0	5	13	13	48	17	11	12	4
	ANIMALE	1	6	6	6	25	15	16	23	25
BĂRBAȚI 41-65 ani	TOTAL	3	12	19	33	85	32	30	33	17
	ANIMALE	14	9	16	27	51	35	37	35	40
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	0	6	9	10	47	22	24	20	8
	ANIMALE	7	13	9	11	33	17	15	18	23
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	0	8	10	21	68	39	34	49	28
	ANIMALE	13	13	11	28	59	22	26	38	47
BĂRBAȚI peste 65 ani	TOTAL	0	6	8	10	21	9	8	8	5
	ANIMALE	1	9	9	6	10	10	6	12	12
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	4	6	12	7	40	12	11	16	16
	ANIMALE	9	15	7	8	27	13	14	18	13

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

(continuare tabel pag.295)

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME BULION	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
57	74	62	12	155	1	182	41	26	3	0	0	1	1	3	13	8	15	4	0
68	123	73	17	174	5	264	51	20	3	0	0	0	0	2	10	15	21	9	0
81	132	89	20	198	0	307	40	23	6	0	0	0	0	3	10	16	21	7	0
85	173	96	22	255	0	338	38	27	5	0	0	0	0	4	13	14	16	7	1
102	161	91	26	211	1	325	53	14	9	0	0	0	2	2	12	17	12	1	1
101	213	116	31	230	14	401	38	18	5	0	0	0	0	1	7	8	10	5	11
107	214	102	22	213	0	352	45	24	5	0	0	0	0	3	9	6	9	5	3
78	117	89	16	137	0	441	47	16	3	0	0	0	0	4	10	2	3	0	22
108	202	105	28	233	0	393	100	20	2	0	0	0	1	4	6	3	5	4	23
112	254	130	26	255	0	494	38	25	5	0	1	1	1	4	5	5	9	1	33
197	441	187	28	217	0	656	2	31	4	0	0	0	0	0	18	8	19	0	35
99	153	117	29	170	1	402	53	19	6	0	0	0	0	4	9	4	6	3	21
111	182	117	27	184	0	416	77	23	5	0	0	0	0	5	7	4	5	3	31
104	246	122	31	212	13	442	47	31	6	1	0	0	0	3	8	2	6	2	24
148	488	126	27	150	0	563	7	11	27	0	0	0	0	4	4	0	9	0	40
103	156	97	26	223	0	350	100	24	3	0	0	0	1	5	9	6	5	3	6
102	194	119	24	178	12	388	43	22	3	0	0	0	0	3	9	5	9	15	9
103	283	121	21	267	0	420	41	22	6	0	0	0	1	2	6	6	12	5	11
91	176	108	31	200	5	344	77	21	6	0	0	0	0	3	9	5	6	8	8
104	190	130	27	155	0	396	38	22	2	0	0	0	1	4	8	4	4	8	13
114	218	101	22	214	4	387	53	23	3	1	0	0	0	3	7	3	6	4	7
86	156	104	30	181	0	353	63	18	1	0	0	0	0	5	9	4	3	4	20
81	146	99	27	170	5	319	51	18	1	0	0	0	0	4	9	3	5	4	8

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Judeţele DOLJ, ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

STRUCTURA RAŢIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAŢIE		NUMĂR SUBIECŢI ANCHETAŢI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEŞTE	CONSERVE PEŞTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	57	7	3	41	3	2	4	1	7	1	34	144	25	4	1	20
	4-6 ani	62	4	4	56	3	2	7	0	13	0	28	108	33	5	2	23
	7-9 ani	71	6	3	59	6	1	5	0	16	0	31	119	36	5	2	28
	10-12 ani	93	6	6	70	5	1	7	1	25	1	38	116	52	7	2	31
BĂIEŢI:	13-15 ani	20	2	4	72	11	4	6	4	21	4	36	67	32	3	2	31
	16-19 ani	19	5	1	86	13	0	9	0	35	0	53	83	49	7	12	46
FETE:	13-19 ani	50	12	12	58	10	2	6	1	33	2	46	105	58	4	4	34
BĂRBAŢI:	efort uşor	21	17	10	85	11	7	29	0	20	1	45	75	77	5	3	30
20-40 ani	efort mediu	66	14	5	89	3	6	20	10	38	3	45	85	69	4	3	35
	efort mare	31	15	13	89	5	3	27	6	32	10	65	76	70	4	4	40
	efort f.mare	4	0	43	148	0	0	0	0	25	0	51	107	215	5	7	61
BĂRBAŢI:	efort uşor	80	10	7	90	6	1	12	1	25	4	44	76	63	3	5	45
41-65 ani	efort mediu	97	19	8	84	9	1	11	1	23	2	49	83	72	2	5	34
	efort mare	82	14	7	99	16	1	13	1	25	4	58	99	70	4	6	39
	efort f.mare	3	17	22	121	0	9	26	0	57	0	19	19	202	0	0	77
FEMEI:	efort uşor	53	9	2	79	5	1	10	3	27	2	40	91	58	4	3	36
20-40 ani	efort mediu	51	10	9	72	10	6	11	2	33	1	38	77	68	8	2	37
	efort mare	36	7	14	71	12	1	9	0	39	2	53	90	69	4	4	38
FEMEI:	efort uşor	90	16	6	72	6	1	9	0	26	1	41	93	64	3	4	40
41-60 ani	efort mediu	104	14	6	92	14	2	10	0	20	3	45	61	67	2	4	38
	efort mare	64	8	3	84	12	0	5	0	25	1	47	132	59	4	7	33
BĂRBAŢI peste 65 ani:		75	12	3	78	7	0	5	1	20	1	37	84	52	1	3	32
FEMEI peste 60 de ani:		124	10	3	72	4	1	3	0	20	1	36	80	46	1	4	31

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAȚIEI

2. În glucide (continuare tabel pag.297)

NUMĂR CAZURI								
ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
0	9	12	11	27	23	13	12	12
1	36	27	32	39	11	7	7	4
1	22	21	10	28	2	2	3	0
7	32	35	19	15	4	4	5	1
5	64	48	49	63	14	6	10	3
2	14	12	23	51	13	13	8	8
2	19	23	31	91	39	16	24	13
0	5	6	17	32	8	2	4	1
1	7	9	18	48	14	9	12	6

4. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
TOTAL	9	15	13	10	25	11	8	16	12
ANIMALE	39	30	12	4	20	8	1	3	2
TOTAL	9	27	18	19	50	10	6	11	14
ANIMALE	71	49	11	11	11	6	3	1	1
TOTAL	7	22	11	15	18	4	2	3	7
ANIMALE	44	24	6	4	7	1	0	1	2
TOTAL	4	30	12	18	33	6	4	11	4
ANIMALE	38	28	9	14	17	7	4	3	2
TOTAL	12	40	42	33	53	27	20	23	12
ANIMALE	57	69	36	25	39	12	8	7	9
TOTAL	4	17	18	14	39	15	7	16	14
ANIMALE	35	45	18	11	15	8	4	3	5
TOTAL	5	25	21	27	67	21	17	41	34
ANIMALE	36	47	35	26	47	12	13	21	21
TOTAL	2	8	9	8	18	10	9	5	6
ANIMALE	20	17	7	8	13	4	0	4	2
TOTAL	5	12	12	14	33	17	10	10	11
ANIMALE	40	27	13	12	14	6	6	0	6

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Judeţele DOLJ. ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

DISTRIBUŢIA CAZURILOR

1.În calorii

GRUPA DE POPULAŢIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	4	12	13	35	10	10	17	18
COPII 7-12 ani	1	16	34	29	51	7	8	8	10
ADOLESCENŢI 13-19 ani	1	12	17	22	24	3	2	5	3
BĂRBAŢI 20-40 ani	2	21	21	22	34	12	5	3	2
BĂRBAŢI 41-65 ani	1	32	35	46	90	29	11	10	8
FEMEI 20-40 ani	0	12	7	23	43	15	12	20	12
FEMEI 41-60 ani	0	12	11	29	70	42	32	37	25
BĂRBAŢI peste 65 ani	0	2	4	11	32	13	6	6	1
FEMEI peste 60 ani	1	4	6	19	38	18	13	14	11

3. În proteine

GRUPA DE POPULAŢIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	TOTAL	0	3	6	12	37	10	8	27	16
	ANIMALE	13	37	14	10	17	9	8	9	2
COPII 7-12 ani	TOTAL	0	8	18	25	53	18	11	19	12
	ANIMALE	35	40	18	21	35	5	3	3	4
ADOLESCENŢI 13-19 ani	TOTAL	1	8	18	20	29	3	2	4	4
	ANIMALE	15	24	18	13	11	3	1	0	4
BĂRBAŢI 20-40 ani	TOTAL	1	2	4	12	39	21	13	20	10
	ANIMALE	1	1	8	6	25	7	13	21	40
BĂRBAŢI 41-65 ani	TOTAL	0	4	11	19	72	44	33	52	27
	ANIMALE	11	5	11	12	57	28	27	47	64
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	0	3	2	13	29	25	12	34	26
	ANIMALE	3	11	5	10	28	12	17	28	30
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	0	3	5	12	43	37	28	62	68
	ANIMALE	5	9	6	14	48	20	29	52	75
BĂRBAŢI peste 65 ani	TOTAL	0	1	2	6	19	12	11	17	7
	ANIMALE	3	7	1	3	15	12	6	12	16
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	1	3	2	11	25	13	25	22	22
	ANIMALE	9	11	5	5	21	13	11	22	27

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-60 ani: efort uşor	80	2500	2631	+5	78	93	+20	34	42	+22	84	95	+13	54	41	-24	365	334	-8
	efort mediu	97	2900	2705	-7	85	100	+18	35	45	+27	97	88	-9	60	45	-25	423	362	-14
	efort mare	82	3300	2879	-13	94	107	+14	36	49	+37	110	98	-11	67	49	-27	485	375	-23
	efort f.mare	3	3700	3599	-3	104	140	+35	36	75	+108	124	159	+28	75	69	-8	549	379	-31
FEMEI	20-40 ani: efort uşor	53	2200	2565	+17	70	90	+29	30	38	+27	72	81	+12	50	36	-28	318	354	-11
	efort mediu	51	2400	2561	+7	71	91	+28	31	41	+33	84	89	+6	59	42	-28	341	333	-2
	efort mare	36	2600	2680	+3	79	97	+23	33	44	+32	86	91	+5	60	41	-32	380	353	-7
FEMEI	41-60 ani: efort uşor	90	2000	2545	+27	66	90	+36	30	39	+31	71	87	+23	46	39	-16	283	334	+18
	efort mediu	104	2200	2492	+13	67	93	+38	30	43	+44	77	87	+13	52	41	-21	312	320	+3
	efort mare	64	2500	2523	+1	74	91	+23	30	41	+36	87	83	-4	31	41	+31	361	338	-7
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	75	2200	2289	+4	69	83	+20	27	35	+30	70	71	+2	44	32	-27	325	315	-3
FEMEI	peste 60 ani:	124	1900	2118	+11	61	75	+24	26	32	+21	62	68	+10	42	29	-31	276	289	+5

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele DOLJ, ILFOV, BUZĂU, OLT, BRĂILA, TELEORMAN

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI : 1980

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COPII:	1-3 ani	57	1300	1584	+22	45	54	+20	30	24	-20	46	52	+14	33	23	-30	190	215	+13
	4-6 ani	62	1800	1953	+9	56	66	+18	31	26	-15	60	61	+2	42	26	-38	259	273	+6
	7-9 ani	71	2200	2139	-3	66	73	+10	43	29	-33	68	68	0	49	28	-43	328	296	-10
	10-12 ani	93	2500	2365	-5	80	82	+3	45	35	-21	81	77	-5	61	34	-44	364	322	-12
BĂIEȚI:	13-15 ani	20	2900	2221	-23	98	76	-22	52	30	-42	96	69	-29	70	27	-62	418	312	-25
	16-19 ani	19	3100	2730	-12	102	91	-10	54	40	-27	103	103	0	72	46	-35	444	342	-23
FETE	13-19 ani	50	2500	2397	-4	87	85	-2	48	38	-21	86	81	-6	66	37	-44	350	317	-9
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	21	2700	2561	-5	83	98	+17	35	49	+39	86	89	+4	54	52	-4	399	327	-18
	efort mediu	66	3100	2782	-10	92	103	+11	35	47	+34	103	91	-12	71	46	-35	453	372	-18
	efort mare	31	3700	2993	-19	99	111	+12	34	51	+51	123	103	-16	85	52	-39	548	387	-29
	efort f.mare	4	4000	4020	+1	108	156	+44	35	82	+133	135	152	+13	90	76	-16	596	482	-19

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-60 ani: efort ușor	80	2500	2631	+5	78	93	+20	34	42	+22	84	95	+13	54	41	-24	365	334	-8
	efort mediu	97	2900	2705	-7	85	100	+18	35	45	+27	97	88	-9	60	45	-25	423	362	-14
	efort mare	82	3300	2879	-13	94	107	+14	36	49	+37	110	98	-11	67	49	-27	485	375	-23
	efort f.mare	3	3700	3599	-3	104	140	+35	36	75	+108	124	159	+28	75	69	-8	549	379	-31
FEMEI	20-40 ani: efort ușor	53	2200	2565	+17	70	90	+29	30	38	+27	72	81	+12	50	36	-28	318	354	-11
	efort mediu	51	2400	2561	+7	71	91	+28	31	41	+33	84	89	+6	59	42	-28	341	333	-2
	efort mare	36	2600	2680	+3	79	97	+23	33	44	+32	86	91	+5	60	41	-32	380	353	-7
FEMEI	41-60 ani: efort ușor	90	2000	2545	+27	66	90	+36	30	39	+31	71	87	+23	46	39	-16	283	334	+18
	efort mediu	104	2200	2492	+13	67	93	+38	30	43	+44	77	87	+13	52	41	-21	312	320	+3
	efort mare	64	2500	2523	+1	74	91	+23	30	41	+36	87	83	-4	31	41	+31	361	338	-7
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	75	2200	2289	+4	69	83	+20	27	35	+30	70	71	+2	44	32	-27	325	315	-3
FEMEI	peste 60 ani:	124	1900	2118	+11	61	75	+24	26	32	+21	62	68	+10	42	29	-31	276	289	+5

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural

ANUL INVESTIGAȚIEI 1980

Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

STRUCTURA LOTULUI INVESTIGAT

GRUPA DE POPULAȚIE	GRUPA DE VÂRSTĂ	NR.CAZURI
COPII	1-12 ani	218
ADOLESCENȚI	13-19 ani	33
ADOLESCENTE	13-19 ani	39
BĂRBAȚI	20-40 ani	98
FEMEI	20-40 ani	124
BĂRBAȚI	41-65 ani	161
FEMEI	41-60 ani	162
BĂRBAȚI	Peste 65 ani	42
FEMEI	Peste 60 ani	63
TOTAL CAZURI		940

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±
PRIMĂVARA	2457	2111	-14	75	79	+5	35	37	+6	82	76	-7	55	47	-15	357	263	-26
TOAMNA	2457	2292	-7	75	83	+11	35	38	+9	82	79	-4	55	43	-22	357	298	-16

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

STRUCTURA RAȚIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAȚIE		NUMĂR SUBIECȚI ANCHETAȚI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEȘTE	CONSERVE PEȘTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	33	20	18	14	3	1	4	1	8	0	42	336	14	6	2	10
	4-6 ani	45	26	19	22	4	2	7	2	11	1	32	174	15	6	5	12
	7-9 ani	63	26	18	29	6	3	6	1	11	0	42	189	21	5	7	15
	10-12 ani	77	32	17	29	3	2	7	3	13	1	47	172	20	5	9	20
BĂIEȚI:	13-15 ani	17	52	23	20	7	3	14	1	11	7	57	134	20	7	6	14
	16-19 ani	16	55	21	31	2	9	8	4	24	6	49	144	25	6	11	25
FETE:	13-19 ani	39	40	28	35	2	5	13	7	20	2	44	134	26	7	7	22
BĂRBAȚI:	efort ușor	13	51	41	35	19	6	13	0	15	4	48	78	48	5	8	18
20-40 ani	efort mediu	49	56	31	32	9	5	32	3	20	2	55	58	30	2	7	20
	efort mare	35	64	44	37	11	8	21	6	5	0	67	101	47	4	13	24
	efort f.mare	1	0	0	20	0	0	35	0	0	0	71	322	150	0	32	8
BĂRBAȚI:	efort ușor	26	50	31	28	13	3	20	3	8	0	60	68	45	2	10	20
41-65 ani	efort mediu	87	62	31	46	10	6	27	2	13	2	62	113	55	4	10	27
	efort mare	47	64	28	37	4	4	29	3	13	1	63	94	53	4	16	19
	efort f.mare	1	14	0	20	0	0	14	0	0	0	57	214	0	0	66	20
FEMEI:	efort ușor	35	34	24	32	9	2	15	2	19	1	44	109	29	4	6	21
20-40 ani	efort mediu	70	53	41	38	13	7	21	3	18	2	45	110	34	5	11	19
	efort mare	19	58	11	25	6	0	12	3	10	0	62	64	41	2	7	13
FEMEI:	efort ușor	52	43	21	35	11	1	10	1	15	1	40	89	30	4	5	23
41-60 ani	efort mediu	79	45	27	47	4	5	11	1	11	1	53	159	32	5	8	27
	efort mare	31	74	9	28	5	2	14	2	10	1	58	87	36	2	11	15
BĂRBAȚI peste 65 ani:		42	55	22	35	10	0	16	1	9	6	58	118	38	4	7	29
FEMEI peste 60 de ani:		63	44	13	26	7	1	10	1	11	2	41	104	26	4	9	31

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
48	16	61	7	25	0	175	7	19	0	0	2	3	3	3	15	6	27	4	0
77	29	74	18	12	0	251	6	21	0	0	1	3	2	5	13	11	20	10	0
67	30	84	14	7	2	272	9	23	0	0	3	4	5	6	15	9	16	4	0
75	45	108	21	12	7	310	13	26	1	1	4	3	2	8	14	22	13	4	0
58	36	76	13	10	1	310	6	25	0	0	5	0	0	4	17	6	6	5	0
78	37	101	27	5	5	392	16	19	2	0	2	10	2	7	11	7	19	4	2
94	46	91	25	8	2	348	15	21	2	1	3	4	1	9	14	8	13	3	1
53	62	82	24	15	0	428	3	22	2	13	5	2	3	8	13	5	5	1	15
81	41	112	16	1	2	404	13	19	0	0	3	7	4	8	8	1	3	2	23
102	62	137	33	3	0	497	13	17	1	1	3	2	2	12	8	2	3	3	29
80	8	90	14	77	0	707	0	15	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	29
78	34	115	18	3	2	366	11	23	1	3	4	3	1	8	10	2	2	0	24
85	53	133	23	4	1	467	14	22	1	1	2	6	3	10	11	3	5	3	47
69	51	124	27	2	0	446	11	23	2	0	6	6	2	10	8	2	3	1	26
157	0	327	47	0	0	357	47	7	0	0	0	0	0	14	5	0	5	0	0
78	51	102	18	13	2	340	9	25	0	0	3	3	5	9	14	2	15	2	6
80	54	108	21	3	2	364	18	22	1	1	5	10	3	8	12	7	5	11	6
58	39	80	16	4	0	371	5	14	0	0	4	0	4	9	5	2	1	0	7
83	43	112	14	9	1	325	12	24	2	0	4	4	1	10	13	3	4	5	6
93	58	138	23	7	3	377	16	23	2	0	4	5	2	19	15	3	6	3	12
59	43	119	26	4	0	380	14	25	0	1	0	0	1	10	4	1	3	0	12
76	35	136	25	3	0	391	11	24	1	0	3	1	0	10	12	5	3	0	22
73	45	126	21	5	2	325	14	23	2	0	5	1	1	13	12	4	5	7	9

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

DISTRIBUȚIA CAZURILOR

1. În calorii

GRUPA DE POPULAȚIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	2	6	14	15	19	10	4	5	3
COPII 7-12 ani	15	37	21	20	36	6	2	2	1
ADOLESCENȚI 13-19 ani	6	18	20	13	9	2	2	2	0
BĂRBAȚI 20-40 ani	15	25	19	23	16	0	0	0	0
BĂRBAȚI 41-65 ani	11	31	29	34	36	5	8	4	3
FEMEI 20-40 ani	10	18	13	22	46	8	4	2	3
FEMEI 41-60 ani	4	25	10	14	64	19	13	11	2
BĂRBAȚI peste 65 ani	0	6	5	4	10	3	5	8	1
FEMEI peste 60 ani	1	8	5	10	15	6	4	11	3

3. În proteine

GRUPA DE POPULAȚIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ±10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50 %
COPII 1-6 ani	TOTAL	1	2	4	9	29	9	5	12	7
	ANIMALE	10	9	10	14	16	4	5	5	5
COPII 1-6 ani	TOTAL	6	24	23	16	41	9	10	5	6
	ANIMALE	32	45	28	12	14	1	1	6	1
ADOLESCENȚI 13-19 ani	TOTAL	3	13	18	13	16	1	5	2	1
	ANIMALE	16	26	10	5	7	5	0	0	3
BĂRBAȚI 20-40 ani	TOTAL	4	13	10	13	27	9	11	8	3
	ANIMALE	7	3	9	9	18	9	6	16	21
BĂRBAȚI 41-65 ani	TOTAL	3	11	10	20	46	21	20	11	19
	ANIMALE	6	9	7	13	30	16	15	31	34
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	1	13	7	9	35	19	13	16	13
	ANIMALE	7	5	7	9	28	14	14	16	26
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	2	14	14	5	32	28	15	33	19
	ANIMALE	15	6	7	12	27	20	16	24	35
BĂRBAȚI peste 65 ani	TOTAL	0	3	1	3	12	4	2	8	9
	ANIMALE	2	1	1	0	8	5	7	4	14
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	2	7	3	4	17	8	7	6	9
	ANIMALE	7	8	2	1	13	3	1	9	19

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAŢIEI

2. În glucide

NUMĂR CAZURI								
ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
2	18	12	12	25	5	2	1	1
20	52	28	17	20	1	0	0	2
12	32	10	8	8	1	0	0	1
24	43	22	8	1	0	0	0	0
24	62	32	17	24	0	2	0	0
17	24	23	33	26	2	0	0	1
8	33	18	39	42	13	7	1	1
2	9	7	6	10	5	3	0	0
2	11	13	10	14	7	3	2	1

4. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
TOTAL	1	3	8	8	29	6	9	9	5
ANIMALE	13	30	7	7	5	4	1	6	5
TOTAL	6	28	21	16	42	11	7	4	5
ANIMALE	44	43	13	15	14	3	0	4	4
TOTAL	3	13	17	13	17	1	5	2	1
ANIMALE	22	26	6	3	7	2	3	1	2
TOTAL	8	19	16	14	24	8	4	5	0
ANIMALE	27	20	9	7	14	5	5	8	3
TOTAL	3	23	21	22	58	7	6	13	8
ANIMALE	18	22	19	26	26	12	4	13	21
TOTAL	4	15	12	17	39	13	11	11	4
ANIMALE	25	26	10	15	25	5	3	9	8
TOTAL	7	22	8	13	51	14	21	16	10
ANIMALE	26	16	12	18	35	12	9	18	16
TOTAL	0	3	3	1	12	5	2	8	8
ANIMALE	5	6	0	5	9	8	2	2	5
TOTAL	2	8	3	5	16	7	8	5	9
ANIMALE	12	10	3	3	14	5	3	7	6

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI : 1980

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COPII:	1-3 ani	33	1300	1396	+7	45	55	+21	30	29	-3	46	49	+6	33	28	-16	190	173	-9
	4-6 ani	45	1800	1609	-11	56	59	+5	31	26	-17	60	53	-12	42	31	-26	259	212	-18
	7-9 ani	63	2200	1719	-22	66	64	-4	43	30	-31	68	58	-15	49	35	-28	328	222	-32
	10-12 ani	77	2500	1991	-20	80	69	-13	45	30	-33	81	66	-18	61	38	-38	364	264	-27
BĂIEȚI:	13-15 ani	17	2900	1832	-37	98	69	-30	52	35	-33	96	64	-33	70	45	-36	418	230	-45
	16-19 ani	16	3100	2329	-25	102	84	-18	54	37	-32	103	86	-17	72	50	-31	444	288	-35
FETE	13-19 ani	39	2500	2123	-15	87	78	-10	48	35	-27	86	74	-14	66	43	-34	350	269	-23
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	13	2700	2234	-17	83	88	+6	35	42	+21	86	77	-11	54	51	-6	399	281	-30
	efort mediu	49	3100	2154	-31	92	83	-10	35	41	+16	103	76	-26	71	51	-28	453	267	-41
	efort mare	35	3700	2639	-29	99	102	+3	34	48	+41	123	94	-23	85	64	-25	548	326	-41
	efort f.mare	1	4000	3158	-21	108	120	+11	35	59	+69	135	105	-22	90	91	+1	596	409	-31

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-60 ani: efort ușor	26	2500	2084	-17	78	80	+2	34	40	+18	84	77	-8	54	52	-4	365	252	-31
	efort mediu	87	2900	2611	-10	85	100	+18	35	50	+43	97	98	+1	60	63	+6	423	313	-26
	efort mare	47	3300	2473	-25	94	95	+1	36	47	+30	110	93	-15	67	68	+1	485	295	-39
	efort f.mare	1	3700	2605	-30	104	75	-28	36	22	-39	124	112	-10	75	85	+13	549	304	-45
FEMEI	20-40 ani: efort ușor	35	2200	1999	-9	70	74	+6	30	34	+12	72	70	-3	50	39	-21	318	253	20
	efort mediu	70	2400	2205	-8	71	84	+19	31	42	+36	84	81	-4	59	55	-6	341	269	-21
	efort mare	19	2600	1828	-30	79	72	-8	33	35	+6	86	62	-28	60	45	-25	380	230	-39
FEMEI	41-60 ani: efort ușor	52	2000	1901	-5	66	70	+5	30	32	+8	71	67	-5	46	38	-17	283	240	-15
	efort mediu	79	2200	2275	+3	67	84	+26	30	39	+32	77	82	+6	52	47	-9	312	284	-9
	efort mare	31	2500	2066	-17	74	80	+9	30	37	+23	87	72	-17	31	51	+66	361	258	-29
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	42	2200	2252	+2	69	84	+22	27	40	+47	70	83	+18	44	48	+8	325	276	-15
FEMEI	peste 60 ani:	63	1900	2005	+6	61	68	+12	26	29	+12	62	76	+23	42	39	-6	276	245	-11

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI : 1980

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
COPII:	1-3 ani	39	1300	1557	+20	45	58	+30	30	30	0	46	51	+11	33	29	-13	190	208	+9
	4-6 ani	48	1800	1907	+6	56	68	+22	31	30	-5	60	64	+7	42	32	-24	259	253	-2
	7-9 ani	63	2200	2052	-7	66	73	+10	43	33	-22	68	67	-1	49	35	-29	328	277	-16
	10-12 ani	79	2500	2143	-14	80	74	-7	45	33	-27	81	71	-12	61	36	-41	364	289	-21
BĂIEȚI:	13-15 ani	17	2900	2384	-18	98	81	-17	52	36	-30	96	85	-12	70	48	-32	418	310	-26
	16-19 ani	15	3100	2373	-23	102	82	-20	54	36	-34	103	78	-25	72	40	-45	444	323	-27
FETE	13-19 ani	35	2500	2226	-11	87	76	-13	48	33	-32	86	77	-11	66	39	-40	350	294	-16
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	15	2700	2339	-13	83	88	+6	35	40	+15	86	47	-14	54	44	-19	399	318	-20
	efort mediu	56	3100	2369	-24	92	89	-4	35	42	+20	103	82	-20	71	48	-33	453	305	-33
	efort mare	36	3700	2578	-30	99	97	-2	34	43	+27	123	85	-31	85	51	-40	548	341	-38
	efort f.mare	1	4000	3271	-18	108	144	+33	35	75	+114	135	108	-20	90	80	-11	596	409	-31

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-60 ani: efort ușor	30	2500	2274	-9	78	86	+10	34	40	+18	84	76	-10	54	40	-26	365	300	-18
	efort mediu	95	2900	2595	-11	85	99	+17	35	49	+41	97	92	-5	60	54	-10	423	327	-23
	efort mare	49	3300	2652	-20	94	99	+5	36	46	+27	110	95	-13	67	54	-20	485	333	-31
	efort f.mare	1	3700	2643	-29	104	101	-3	36	50	+39	124	100	-19	75	81	+8	549	317	-42
FEMEI	20-40 ani: efort ușor	37	2200	2169	-1	70	78	+12	30	36	+21	72	73	+2	50	39	-22	318	287	-10
	efort mediu	72	2400	2479	+3	71	91	+28	31	45	+44	84	90	+7	59	52	-12	341	311	-9
	efort mare	19	2600	2055	-21	79	77	-2	33	31	-5	86	66	-23	60	34	-43	380	276	-27
FEMEI	41-60 ani: efort ușor	54	2000	2082	+4	66	75	+13	30	32	+8	71	71	0	46	34	-26	283	274	-3
	efort mediu	79	2200	2522	+15	67	90	+34	30	45	+51	77	92	+19	52	52	0	312	318	+2
	efort mare	31	2500	2293	-8	74	86	+16	30	35	+16	87	70	-20	31	36	+15	361	317	-12
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	45	2200	2387	+8	69	84	+22	27	39	+44	70	85	+21	44	42	-5	325	308	-5
FEMEI	peste 60 ani:	68	1900	2229	+17	61	76	+24	26	33	+25	62	82	+32	42	33	-21	276	285	+3

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

STRUCTURA RAȚIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAȚIE		NUMĂR SUBIECȚI ANCHETAȚI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEȘTE	CONSERVE PEȘTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	39	10	13	35	5	2	7	0	10	1	32	299	21	5	3	13
	4-6 ani	48	8	24	38	5	2	8	2	18	1	31	188	25	8	4	18
	7-9 ani	63	11	30	43	10	3	9	1	13	1	34	200	29	5	6	22
	10-12 ani	79	15	19	44	7	1	6	1	22	0	37	198	31	7	6	24
BĂIEȚI:	13-15 ani	17	16	29	48	5	4	13	2	28	0	35	166	36	8	12	23
	16-19 ani	15	25	23	53	7	2	3	0	34	2	43	202	20	9	7	28
FETE:	13-19 ani	35	20	26	42	8	4	9	1	24	1	32	159	26	6	9	26
BĂRBAȚI:	efort ușor	15	37	25	74	23	2	8	3	20	0	39	85	36	4	7	23
20-40 ani	efort mediu	56	21	37	55	18	5	30	2	25	1	39	67	44	2	7	28
	efort mare	36	28	37	48	12	4	24	5	37	2	42	99	48	5	8	25
	efort f.mare	1	0	0	42	85	0	78	0	0	0	64	264	135	3	0	21
BĂRBAȚI:	efort ușor	30	13	42	61	13	1	15	1	31	1	29	88	52	3	6	30
41-65 ani	efort mediu	95	26	38	56	14	6	24	3	34	1	41	132	65	3	7	31
	efort mare	49	22	34	66	18	6	22	2	23	2	40	82	61	3	10	35
	efort f.mare	1	14	42	24	0	0	0	0	71	0	50	107	117	7	36	14
FEMEI:	efort ușor	37	7	20	66	9	2	16	0	25	1	36	134	38	3	8	27
20-40 ani	efort mediu	72	24	40	57	5	4	22	2	36	2	38	128	53	4	10	30
	efort mare	19	20	19	46	20	1	9	2	17	0	23	44	48	0	7	26
FEMEI:	efort ușor	54	18	33	58	15	1	8	2	22	0	24	95	30	3	7	31
41-60 ani	efort mediu	79	22	35	56	10	11	17	1	28	1	36	160	57	7	8	33
	efort mare	31	15	16	59	23	1	11	1	18	0	27	87	48	2	6	27
BĂRBAȚI peste 65 ani:		45	19	24	52	8	0	11	1	26	8	40	141	47	4	7	36
FEMEI peste 60 de ani:		68	14	27	57	11	0	5	1	22	4	29	115	33	4	6	42

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME BULION	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
55	72	98	12	115	9	189	11	27	1	.0	0	0	1	1	15	6	17	4	0
84	79	122	20	170	1	271	6	18	0	0	0	0	6	1	14	7	31	1	1
92	100	130	15	211	1	319	11	20	1	0	0	0	0	1	11	7	16	6	0
84	123	144	14	197	1	328	11	24	0	0	0	0	1	3	13	10	19	6	0
98	140	126	12	183	11	331	23	19	22	1	2	0	0	2	16	17	23	10	0
148	149	156	18	222	0	590	8	14	0	0	2	0	0	3	14	11	12	1	6
98	131	158	17	189	0	357	11	16	1	0	0	0	2	4	12	8	19	0	0
93	177	180	15	147	0	424	16	26	0	0	1	0	0	1	12	2	5	1	19
96	167	173	15	101	1	435	14	19	0	0	0	2	1	3	8	4	2	0	31
104	126	176	25	105	2	469	8	34	0	23	0	1	5	4	10	3	4	0	25
0	73	61	57	34	0	671	28	8	0	0	0	0	0	2	7	0	0	0	84
81	146	190	17	100	0	410	18	23	0	0	0	0	0	2	9	2	1	15	21
99	137	172	23	114	0	441	23	22	1	0	0	1	1	9	10	2	2	1	43
101	151	197	29	78	2	482	7	20	1	0	0	0	1	5	9	3	3	0	33
235	107	133	42	114	0	385	12	24	0	0	0	0	0	19	8	0	0	0	11
106	181	167	15	165	0	371	7	21	0	0	0	0	0	3	10	3	5	3	6
111	121	173	25	147	12	380	15	24	1	0	0	0	1	5	11	4	6	1	10
62	126	167	30	60	0	410	6	20	0	0	1	0	0	1	4	3	3	0	5
91	157	182	20	100	1	355	13	23	1	0	0	0	0	2	9	2	3	8	8
118	134	173	17	166	14	382	16	22	2	0	0	0	0	3	15	5	3	1	47
67	151	179	24	90	0	482	9	19	0	0	0	0	1	4	4	1	4	0	8
88	141	210	18	92	9	415	5	22	2	1	0	0	0	2	14	3	3	5	24
90	166	182	22	113	1	368	10	22	1	0	1	2	1	3	12	4	2	5	6

Scanned with OKEN Scanner

Mediu rural
Județele MEHEDINȚI, VÂLCEA, ARGEȘ, DÂMBOVIȚA

DISTRIBUȚIA CAZURILOR

1. În calorii

GRUPA DE POPULAȚIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	7	10	14	21	7	8	8	12
COPII 7-12 ani	2	27	23	27	39	12	5	6	1
ADOLESCENȚI 13-19 ani	2	14	19	10	14	2	2	1	3
BĂRBAȚI 20-40 ani	9	31	25	22	16	3	1	1	0
BĂRBAȚI 41-65 ani	5	33	31	30	52	10	8	5	1
FEMEI 20-40 ani	3	17	11	19	48	14	5	8	5
FEMEI 41-60 ani	2	11	14	17	53	21	18	19	9
BĂRBAȚI peste 65 ani	0	2	3	3	17	8	5	3	4
FEMEI peste 60 ani	0	2	2	8	20	10	8	9	9

3. În proteine

GRUPA DE POPULAȚIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50 %
COPII 1-6 ani	TOTAL	0	3	6	7	24	10	12	9	16
	ANIMALE	7	21	8	10	11	6	4	10	10
COPII 7-12 ani	TOTAL	0	14	21	23	36	15	10	18	5
	ANIMALE	31	29	19	14	30	11	6	1	1
ADOLESCENȚI 13-19 ani	TOTAL	3	18	12	11	13	2	3	3	2
	ANIMALE	17	19	7	9	12	1	0	2	0
BĂRBAȚI 20-40 ani	TOTAL	1	17	11	13	32	9	9	12	4
	ANIMALE	13	7	3	6	23	11	8	17	20
BĂRBAȚI 41-65 ani	TOTAL	2	9	14	18	51	26	15	23	17
	ANIMALE	10	16	6	11	29	13	18	30	42
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	0	7	6	13	35	19	12	17	21
	ANIMALE	11	5	6	6	26	15	9	19	33
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	0	6	6	16	38	15	17	35	31
	ANIMALE	10	13	8	12	27	13	23	23	35
BĂRBAȚI peste 65 ani	TOTAL	0	0	4	2	14	1	7	11	6
	ANIMALE	3	5	1	0	6	0	9	10	11
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	0	2	1	5	22	6	8	10	14
	ANIMALE	5	9	1	6	11	5	6	14	11

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAŢIEI

2. În glucide

GRUPA DE POPULAŢIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	9	18	2	18	7	5	6	12
COPII 7-12 ani	4	31	36	30	32	4	2	3	0
ADOLESCENŢI 13-19 ani	3	21	14	11	13	2	0	2	1
BĂRBAŢI 20-40 ani	13	50	26	8	9	2	0	0	0
BĂRBAŢI 41-65 ani	6	61	38	33	29	6	1	1	0
FEMEI 20-40 ani	7	13	22	30	40	7	5	2	4
FEMEI 41-60 ani	5	7	15	35	59	21	9	7	6
BĂRBAŢI peste 65 ani	0	2	4	12	19	5	1	2	0
FEMEI peste 60 ani	0	4	7	5	29	11	6	6	0

4. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
TOTAL	3	11	10	8	20	8	5	13	9
ANIMALE	22	21	7	9	9	5	1	5	8
TOTAL	16	20	17	16	31	12	10	9	11
ANIMALE	52	33	12	14	19	4	2	4	2
TOTAL	6	15	10	13	9	7	2	2	3
ANIMALE	27	20	6	5	6	1	1	1	0
TOTAL	17	27	12	20	20	3	2	4	3
ANIMALE	37	20	15	12	14	2	2	4	2
TOTAL	18	31	19	26	32	16	10	15	8
ANIMALE	39	36	16	19	20	10	3	17	15
TOTAL	12	15	14	14	34	12	10	7	12
ANIMALE	36	23	16	9	18	9	4	10	5
TOTAL	13	20	13	11	43	12	12	15	25
ANIMALE	33	22	15	13	37	9	7	8	20
TOTAL	4	4	2	0	13	7	3	4	8
ANIMALE	11	4	2	5	6	6	1	4	6
TOTAL	2	7	1	5	14	12	8	7	12
ANIMALE	21	12	4	8	11	3	0	2	7

Scanned with OKEN Scanner

Cămine de nefamilişti
Judeţele BRAŞOV, PRAHOVA
Localitatea BRAŞOV, CÂMPINA

ANUL INVESTIGAŢIEI 1980

STRUCTURA LOTULUI INVESTIGAT

GRUPA DE POPULAŢIE	GRUPA DE VÂRSTĂ	NR.CAZURI
COPII	1-12 ani	-
ADOLESCENŢI	13-19 ani	70
ADOLESCENTE	13-19 ani	64
BĂRBAŢI	20-40 ani	159
FEMEI	20-40 ani	143
BĂRBAŢI	41-65 ani	8
FEMEI	41-60 ani	4
BĂRBAŢI	Peste 65 ani	-
FEMEI	Peste 60 ani	-
TOTAL CAZURI		448

STRUCTURA RAŢIEI LOTULUI INVESTIGAT.
APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ŞI SUBSTANŢE NUTRITIVE

	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
	RECOMANDATE	APORT	ABATERE %±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
PRIMĂVARA	2814	2572	-3	86	92	+7	39	46	+18	95	105	+11	67	70	+4	404	296	-27
TOAMNA	2814	3005	+8	86	102	+19	39	48	+26	95	127	+35	67	81	+23	404	345	-14

Scanned with OKEN Scanner

Mediu urban
Județele BRAȘOV, PRAHOVA
Localitățile BRAȘOV, CÂMPINA

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI : 1980

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
0	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COPII:	1-3 ani	0																		
	4-6 ani	0																		
	7-9 ani	0																		
	10-12 ani	0																		
BĂIEȚI:	13-15 ani	0																		
	16-19 ani	70	3100	3118	+1	102	114	+11	54	58	+7	103	123	+20	72	89	+23	444	365	-18
FETE	13-19 ani	64	2500	2173	-13	87	73	-16	48	35	-27	86	93	+8	66	52	-21	350	243	-30
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	6	2700	3364	+25	83	112	+35	35	51	+45	86	129	+49	54	82	+52	399	415	+4
	efort mediu	127	3100	2937	-5	92	109	+18	35	55	+58	103	115	+12	71	83	+17	453	344	-24
	efort mare	25	3700	2666	-28	99	97	-2	34	53	+55	123	108	-12	85	84	-1	548	306	-44
	efort f.mare	1	4000	1755	-56	108	68	-37	35	50	+43	135	89	-34	90	81	-10	596	155	-74

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-60 ani: efort uşor	1	2500	1514	-39	78	55	-29	34	29	-15	84	53	-37	54	39	-28	365	192	-47
	efort mediu	6	2900	2551	-12	85	108	+27	35	61	+74	97	104	+7	60	78	+30	423	276	-35
	efort mare	1	3300	2788	-16	94	100	+6	36	51	+42	110	105	-5	67	69	+3	485	340	-30
	efort f.mare	0																		
FEMEI	20-40 ani: efort uşor	7	2200	2240	+2	70	77	+10	30	41	+36	72	99	+38	50	62	+35	318	242	-24
	efort mediu	118	2400	2108	-12	71	71	0	31	35	+14	84	90	+7	59	55	-7	341	237	-30
	efort mare	18	2600	2195	-16	79	78	-1	33	37	+11	86	83	-3	60	50	-17	380	266	-30
FEMEI	41-60 ani: efort uşor	0																		
	efort mediu	4	2200	2055	-7	67	76	+13	30	40	+32	77	83	+8	52	52	0	312	236	-25
	efort mare	0																		
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	0																		
FEMEI	peste 60 ani:	0																		

Scanned with OKEN Scanner

Mediu urban
Judeţele BRAŞOV, PRAHOVA
Localităţile BRAŞOV, CÂMPINA

STRUCTURA RAŢIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAŢIE		NUMĂR SUBIECŢI ANCHETAŢI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEŞTE	CONSERVE PEŞTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	0															
	4-6 ani	0															
	7-9 ani	0															
	10-12 ani	0															
BĂIEŢI:	13-15 ani	0															
	16-19 ani	70	61	35	24	2	27	73	48	13	28	48	126	38	9	13	21
FETE:	13-19 ani	64	26	24	28	5	21	36	5	14	8	32	60	28	12	4	20
BĂRBAŢI:	efort uşor	6	56	44	70	0	43	32	11	0	11	28	214	22	4	25	30
20-40 ani	efort mediu	127	63	44	41	4	31	62	41	12	10	41	91	35	9	12	21
	efort mare	25	42	45	38	20	21	46	20	38	12	38	61	47	17	17	12
	efort f.mare	1	50	64	35	14	35	42	0	42	0	20	64	31	40	0	6
BĂRBAŢI:	efort uşor	1	21	42	0	0	0	0	0	21	17	22	0	71	19	0	11
41-65 ani	efort mediu	6	27	10	76	0	20	100	0	23	3	70	143	45	4	3	16
	efort mare	1	52	38	0	0	28	0	0	0	20	51	145	107	14	7	27
	efort f.mare	0															
FEMEI:	efort uşor	7	57	36	36	0	3	24	6	0	8	39	75	47	18	8	24
20-40 ani	efort mediu	118	31	22	30	2	14	41	6	10	8	36	51	30	12	6	20
	efort mare	18	25	28	40	8	14	37	7	13	10	37	35	30	10	3	16
FEMEI:	efort uşor	0															
41-60 ani	efort mediu	4	31	6	65	0	14	43	4	7	4	38	35	43	8	2	20
	efort mare	0															
BĂRBAŢI peste 65 ani:		0															
FEMEI peste 60 de ani:		0															

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

(continuare tabel pag.337)

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME BULION	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
82	41	68	11	16	0	511	6	45	3	6	21	31	7	7	17	8	22	6	20
79	31	67	6	46	5	255	12	22	1	7	7	7	4	6	15	20	52	20	5
62	54	97	1	92	0	529	5	71	3	3	23	27	18	12	18	29	30	0	6
107	43	75	20	22	1	472	9	35	3	6	16	23	7	9	14	11	16	8	28
62	28	66	4	27	2	414	11	27	1	3	13	12	6	7	13	27	21	3	48
42	12	0	0	0	0	190	14	10	0	0	5	0	0	2	0	42	0	0	51
57	20	80	0	0	0	300	0	0	0	0	9	0	0	1	0	37	0	0	9
85	16	124	31	10	0	399	5	17	0	0	5	2	2	6	9	3	17	0	19
114	111	25	0	0	0	532	0	27	0	0	0	57	0	0	25	0	12	0	6
103	43	91	20	51	0	242	12	21	3	3	3	0	4	4	22	21	26	18	5
88	33	60	9	40	4	253	11	24	3	5	3	4	3	5	20	16	34	17	3
85	45	59	13	53	4	276	22	32	1	7	5	1	3	4	14	18	43	31	6
80	25	14	10	32	0	256	16	48	7	1	8	3	2	5	7	17	21	46	5

Scanned with OKEN Scanner

Mediu urban
Judeţele Braşov, Prahova
Localităţile Braşov, Câmpina

DISTRIBUŢIA CAZURILOR

1. În calorii

GRUPA DE POPULAŢIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COPII 7-12 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADOLESCENŢI 13-19 ani	2	19	19	17	44	17	9	6	1
BĂRBAŢI 20-40 ani	13	26	9	19	56	18	8	6	4
BĂRBAŢI 41-65 ani	0	2	0	4	1	1	0	0	0
FEMEI 20-40 ani	3	33	23	23	34	14	6	5	2
FEMEI 41-60 ani	0	0	1	1	1	1	0	0	0
BĂRBAŢI peste 65 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEMEI peste 60 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. În proteine

GRUPA DE POPULAŢIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50 %
COPII 1-6 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COPII 7-12 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADOLESCENŢI 13-19 ani	TOTAL	5	17	13	14	35	18	13	16	3
	ANIMALE	9	21	21	18	28	16	9	5	7
BĂRBAŢI 20-40 ani	TOTAL	1	16	13	9	37	9	18	41	15
	ANIMALE	0	2	3	3	32	16	14	35	54
BĂRBAŢI 41-65 ani	TOTAL	0	0	1	0	2	3	1	0	1
	ANIMALE	0	0	0	1	1	0	0	13	3
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	2	12	14	28	41	16	11	21	6
	ANIMALE	2	13	14	17	26	20	15	2	15
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	1	0	1	0	0	1	0	1
BĂRBAŢI peste 65 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: PRIMĂVARA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAȚIEI

2. În glucide

(continuare pag.339)

NUMĂR CAZURI								
ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	40	27	23	26	7	1	0	0
33	31	30	27	30	3	2	2	1
0	5	3	0	0	0	0	0	0
13	60	34	14	18	3	0	1	0
0	1	1	2	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	? 50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	? 50%
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	16	15	13	35	20	13	15	2
ANIMALE	10	18	15	13	23	17	6	20	12
TOTAL	6	25	12	14	27	33	17	17	8
ANIMALE	7	10	17	10	43	19	14	20	19
TOTAL	0	1	0	1	5	0	0	0	1
ANIMALE	0	2	1	0	1	1	1	1	1
TOTAL	5	29	31	19	36	10	9	3	1
ANIMALE	19	25	17	22	26	11	9	11	3
TOTAL	0	1	1	0	0	0	2	0	0
ANIMALE	1	1	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Scanned with OKEN Scanner

Mediu urban
Judeţele Braşov, Prahova
Localităţile Braşov, Câmpina

STRUCTURA RAŢIEI
Aportul mediu zilnic

GRUPA DE POPULAŢIE		NUMĂR SUBIECŢI ANCHETAŢI	CARNE DE PORC	CARNE DE VITĂ	CARNE DE PASĂRE	CARNE DE OVINE	PROSPĂTURI CARNE	SEMIAFUMATE	CONSERVE MIXTE	PEŞTE	CONSERVE PEŞTE	OUĂ	LAPTE	BRÂNZETURI	UNT	UNTURĂ	ULEI
COPII:	1-3 ani	0															
	4-6 ani	0															
	7-9 ani	0															
	10-12 ani	0															
BĂIEŢI:	13-15 ani	0															
	16-19 ani	43	105	23	27	0	37	59	40	11	22	36	101	47	12	17	44
FETE:	13-19 ani	46	28	18	30	3	32	33	3	8	7	32	80	42	16	8	24
BĂRBAŢI:	efort uşor	4	90	0	42	2	73	30	11	7	5	27	49	69	11	3	33
20-40 ani	efort mediu	93	81	13	38	1	30	65	23	7	12	40	101	49	16	16	35
	efort mare	13	54	24	42	3	36	65	16	17	9	45	110	69	18	28	22
	efort f.mare	0															
BĂRBAŢI:	efort uşor	0															
41-65 ani	efort mediu	2	13	4	67	0	23	54	0	10	0	21	89	53	10	11	22
	efort mare	1	34	0	0	8	28	64	0	0	0	71	142	78	0	14	14
	efort f.mare	0															
FEMEI:	efort uşor	6	61	14	58	14	13	10	2	17	3	24	64	55	19	17	20
20-40 ani	efort mediu	85	33	16	40	4	22	33	4	10	5	34	65	36	19	7	21
	efort mare	12	36	22	37	11	13	46	20	4	17	43	96	34	20	15	26
FEMEI:	efort uşor	0															
41-60 ani	efort mediu	4	49	10	35	5	21	35	11	11	5	27	83	45	15	3	22
	efort mare	0															
BĂRBAŢI peste 65 ani:		0															
FEMEI peste 60 de ani:		0															

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

LOTULUI INVESTIGAT
de alimente în grame

(continuare tabel pag.341)

CARTOFI	LEGUME 5% GLUCIDE	LEGUME 10% GLUCIDE	LEGUMINOASE USCATE	FRUCTE	FRUCTE USCATE	PÂINE	MĂLAI	DERIVATE CEREALIERE	FRUCTE OLEAGINOASE	CONSERVE LEGUME, ULEI	CONSERVE LEGUME BULION	CONSERVE LEGUME APĂ	CONSERVE MAZĂRE	BULION	DULCIURI 80% GLUCIDE	DULCIURI 60-80% GLUCIDE	DULCIURI 40-60% GLUCIDE	COMPOTURI	ALCOOL
176	154	195	23	102	1	571	4	41	9	5	22	19	2	17	7	7	34	8	20
124	104	95	17	123	0	294	6	27	5	0	6	4	1	5	17	15	42	27	4
107	175	121	7	203	0	543	4	42	33	0	20	3	4	12	5	18	12	0	11
160	138	161	23	98	1	538	8	35	9	2	14	9	2	15	6	8	23	9	26
86	177	172	28	87	0	585	13	28	7	2	10	10	1	12	5	24	44	5	47
168	70	94	7	177	0	528	0	24	41	10	0	0	0	10	13	6	30	0	47
85	140	82	0	0	0	414	85	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
109	136	189	11	165	6	281	20	40	0	0	13	5	0	9	18	10	19	12	7
108	97	96	6	150	2	287	14	25	5	1	3	1	2	5	20	15	32	22	7
136	101	106	15	260	0	311	18	45	4	0	4	1	0	6	13	13	39	49	14
86	88	81	8	114	0	290	8	44	4	0	1	0	0	15	4	27	45	11	12

Scanned with OKEN Scanner

Mediu urban
Judeţele Braşov, Prahova
Localităţile Braşov, Câmpina

DISTRIBUŢIA CAZURILOR

1. În calorii

GRUPA DE POPULAŢIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ±10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COPII 7-12 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADOLESCENŢI 13-19 ani	0	3	8	11	24	12	14	10	7
BĂRBAŢI 20-40 ani	0	4	11	16	20	18	14	13	9
BĂRBAŢI 41-65 ani	0	0	1	0	1	1	0	0	0
FEMEI 20-40 ani	0	14	13	11	34	11	7	8	5
FEMEI 41-60 ani	0	0	0	0	2	1	0	1	0
BĂRBAŢI peste 65 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEMEI peste 60 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. În proteine

GRUPA DE POPULAŢIE	PROTEINE	NUMĂR CAZURI								
		ABATERE ÎN MINUS				RAŢIA OPTIMĂ ±10%	ABATERE ÎN PLUS			
		<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50 %
COPII 1-6 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COPII 7-12 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADOLESCENŢI 13-19 ani	TOTAL	0	8	5	8	22	13	12	12	9
	ANIMALE	3	16	10	10	29	8	3	4	6
BĂRBAŢI 20-40 ani	TOTAL	0	2	1	8	24	16	10	24	25
	ANIMALE	0	2	2	5	16	10	14	19	42
BĂRBAŢI 41-65 ani	TOTAL	0	0	0	0	2	0	0	1	0
	ANIMALE	0	1	0	0	0	0	0	1	1
FEMEI 20-40 ani	TOTAL	0	9	7	12	30	15	10	10	10
	ANIMALE	1	9	8	10	19	9	8	20	19
FEMEI 41-60 ani	TOTAL	0	0	0	0	1	1	0	2	0
	ANIMALE	0	0	0	1	0	1	0	0	2
BĂRBAŢI peste 65 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEMEI peste 60 ani	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Scanned with OKEN Scanner

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI: 1980

DE ABATERI ALE RAȚIEI

2. În glucide (continuare tabel pag.341)

GRUPA DE POPULAȚIE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
COPII 1-6 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COPII 7-12 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADOLESCENȚI 13-19 ani	0	18	13	15	31	7	4	1	0
BĂRBAȚI 20-40 ani	2	19	18	19	40	8	3	1	0
BĂRBAȚI 41-65 ani	0	1	0	1	1	0	0	0	0
FEMEI 20-40 ani	0	31	20	15	27	5	3	2	0
FEMEI 41-60 ani	0	0	1	1	2	0	0	0	0
BĂRBAȚI peste 65 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEMEI peste 60 ani	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4. În lipide

LIPIDE	NUMĂR CAZURI								
	ABATERE ÎN MINUS				RAȚIA OPTIMĂ ± 10%	ABATERE ÎN PLUS			
	<50%	31-50%	21-30%	11-20%		11-20%	21-30%	31-50%	>50%
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	2	4	4	17	13	8	13	28
ANIMALE	1	7	7	11	18	12	7	10	16
TOTAL	0	4	1	11	26	3	8	18	39
ANIMALE	0	0	12	5	23	15	8	20	27
TOTAL	0	0	0	1	1	0	1	0	0
ANIMALE	0	0	1	0	0	1	0	1	0
TOTAL	0	11	8	6	20	11	7	16	24
ANIMALE	4	20	7	9	23	6	6	12	16
TOTAL	0	0	0	0	1	1	0	1	1
ANIMALE	0	0	1	0	1	0	0	1	1
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANIMALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Scanned with OKEN Scanner

Mediul urban
Județele BRAȘOV, PRAHOVA
Localitățile BRAȘOV, CÂMPINA

PERIOADA INVESTIGATĂ: TOAMNA
ANUL ANCHETEI : 1980

STRUCTURA RAȚIEI LOTULUI INVESTIGAT. APORTUL MEDIU ZILNIC DE CALORII ȘI SUBSTANȚE NUTRITIVE

GRUPA DE POPULAȚIE		NR. SUBIECȚI ANCHETAȚI	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE			LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
			RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±	RECOMANDATE	APORT	ABATERE % ±
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
COPII:	1-3 ani	0																		
	4-6 ani	0																		
	7-9 ani	0																		
	10-12 ani	0																		
BĂIEȚI:	13-15 ani	0																		
	16-19 ani	43	3100	3796	+22	102	129	+27	54	59	+9	103	163	+58	72	100	+39	444	429	-3
FETE	13-19 ani	46	2500	2459	-2	87	82	-6	48	38	-21	86	105	+22	66	63	-4	350	281	-20
BĂRBAȚI:	20-40 ani: efort ușor	4	2700	3255	+21	83	114	+38	35	54	+54	86	127	+48	54	81	+50	399	393	-2
	efort mediu	93	3100	3473	+12	92	120	+30	35	55	+58	103	147	+43	71	97	+37	453	396	-13
	efort mare	13	3700	3731	+1	99	131	+33	34	60	+77	123	156	+27	85	112	+32	548	426	-22
	efort f.mare	0																		

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
BĂRBAȚI:	41-65 ani: efort uşor	0																		
	efort mediu	2	2900	2969	+1	85	102	+19	35	41	+17	97	107	+10	60	66	+9	423	376	-11
	efort mare	1	3300	2484	-25	94	93	-1	36	50	+39	110	97	-12	67	78	+16	485	293	-40
	efort f.mare	0																		
FEMEI	20-40 ani: efort uşor	6	2200	2493	+13	70	84	+20	30	42	+41	72	104	+44	50	73	+46	318	289	-9
	efort mediu	85	2400	2357	-2	71	77	+8	31	38	+22	84	99	+18	59	62	+6	341	275	-19
	efort mare	12	2600	2865	+10	79	92	+16	33	44	+33	86	122	+42	60	78	+30	380	332	-13
FEMEI	41-60 ani: efort uşor	0																		
	efort mediu	4	2200	2413	+10	67	84	+25	30	40	+34	77	102	+32	52	60	+16	312	277	-11
	efort mare	0																		
BĂRBAȚI	peste 65 ani:	0																		
FEMEI	peste 60 ani:	0																		

Scanned with OKEN Scanner

Din tabelele anterioare se poate observa că la unele categorii de populaţie untul lipseşte din alimentaţie, iar la majoritatea categoriilor investigate se situează la nivelul unui aport mediu zilnic de 4-5 g. În comuna Tărlungeni - Braşov, situată într-o zonă în care tradiţiile alimentare presupun un consum crescut de grăsimi, s-a putut observa în cadrul unei diete evident hiperlipidice că aportul de lipide animale a depăşit raţia de referinţă cu +20% (primăvara) şi +29% (toamna).

f) Aportul de pâine s-a prezentat constant în ambele perioade, fenomen în general cunoscut la nivelul comportamentului alimentar din ţara noastră.

g) Aportul de derivate cerealiere s-a situat cu aproximaţie la nivelul raţiei de referinţă în zona precarpatică şi a fost constant crescut (aproape dublu) în zone de câmpie. Acest fenomen a fost corelat cu unele obiceiuri alimentare din zona de câmpie, unde mămăliga s-a consumat în meniuri în cantitate mai mare. Din aceste motive deficitul general de glucide a apărut mai accentuat la nivelul lotului din zona de deal comparativ cu cel din zona de câmpie.

h) Aportul de cartofi a fost deficitar în ambele perioade. Fenomenul putea fi legat atât de sezonalitatea producţiei agricole, de posibilităţile de aprovizionare, cât şi de timpul prelungit al preparării culinare.

i) Aportul de fructe a fost aproape inexistent în perioada de primăvară. Atât aportul scăzut de fructe cât şi cel de legume a putut fi corelat parţial cu dificultăţile climatice ale anului 1980 ce au avut implicaţii în producţia agroalimentară.

j) Aportul de leguminoase uscate a fost uşor crescut, contribuind la realizarea structurii proteice totale din raţie.

k) Aportul de zahăr şi produse zaharoase a fost situat la aproximativ jumătate faţă de raţia de referinţă, în ambele perioade. Cu toate că investigaţia nu a inclus şi o „anchetă de motivaţii", din cercetarea meniurilor au rezultat mai multe indicaţii.

Micul dejun lipsea la foarte mulţi subiecţi investigaţi. Deserturile preparate în casă au apărut sporadic, de obicei în legătură cu unele evenimente ocazionale.

Consumul scăzut de legume, fructe şi chiar zahăr a explicat în suficientă măsură deficitul de glucide prezent în ambele perioade, mai accentuat primăvara.

Fenomenul nu era compensat de aportul crescut de pâine sau derivate de cereale. În plus, deficitul de legume şi fructe implica o serie de riscuri în ceea ce priveşte necesarul de vitamine hidrosolubile, elemente minerale, pectine etc.

La nivelul întregului lot investigat, atât în zona de câmpie cât şi în zona de deal, s-a observat că majoritatea subiecţilor s-au încadrat în limitele greutăţii ideale. În zona de câmpie, 53% din totalul subiecţilor investigaţi s-au situat în limitele greutăţii ideale, 16% au avut abateri mai mici de 10% şi 31% au avut abateri mai mari de +10%.

Scanned with OKEN Scanner

În zona de deal, 47% din totalul subiecților s-au încadrat în greutatea ideală, 20% au avut abateri în minus mai mari de -10% și 33% au avut abateri în plus mai mari de +10%.

În același an (1980) s-a făcut o investigare a structurii rației alimentare în localitatea Brebu din județul Caraș-Severin. Au fost investigați 199 de subiecți, iar prelucrarea datelor a scos în evidență următoarele aspecte.

În perioada de primăvară un număr de 54 de subiecți (27,13%) au avut valoarea optimă a rației, din punct de vedere caloric. Abatere în minus a fost înregistrată la 42 de subiecți (21,1%), restul situându-se la un plus de calorii, valorile cele mai frecvente depășind 31% din necesar la 34,17% din subiecți. În ceea ce privește aportul proteic, rația optimă a fost înregistrată la 40 de subiecți (20,1%), iar un deficit la 16 dintre ei (8,04%). În 17% din cazuri s-au remarcat abateri în plus ale aportului de proteine, la 57 de subiecți abaterea depășind necesarul cu 50%. Consumul de glucide s-a situat la valori recomandate la 51 de subiecți (25,62%). La 44,72% din subiecți s-a remarcat deficit de glucide. Consumul de lipide totale s-a încadrat în rația optimă în 25,12% din cazuri, un consum exagerat de lipide întâlnindu-se la 60,8% din subiecți, în special pe seama lipidelor de origine animală. În perioada de toamnă nu s-au constatat modificări semnificative în ceea ce privește valoarea calorică a rației. Analizând însă situația pe grupe de vârstă, s-a remarcat faptul că aportul caloric al rației a fost deficitar la copiii cu vârsta cuprinsă între 1 și 12 ani. Deficitul de glucide s-a redus toamna la 38,6%, remarcându-se un aport la 36,1% din subiecți, adică cu 6,4% mai mult decât primăvara. În această perioadă, numărul celor cu aport deficitar de lipide a crescut cu 4,5%. Din cei investigați 44,7% aveau o abatere în plus cu 11-20%. Numărul cel mai mare de subiecți cu deficit ponderal era printre copiii cu vârsta între 1-12 ani (29,2%).

Caracterizarea nivelului și structurii alimentației în corelare cu starea de sănătate nutrițională a populației a stat la baza mai multor lucrări ce au avut ca obiectiv sinteze de date obținute în cercetările efectuate în zonele din raza Institutului de Igienă și Sănătate Publică București, precum și în studiile realizate, cu aceeași metodologie, de către celelalte institute de igienă din țară în anii 1979-1984.

Eșantioanele de populație proveneau din 41 de localități rurale situate în diferite zone ale țării și au însumat 7 367 persoane (copii, adolescenți, adulți, vârstnici). Localitățile au fost grupate în 11 zone distincte, iar acestea, în trei regiuni mari. S-au efectuat anchete alimentare de 2 sau 3 ori pe an, măsurători somatometrice și ale tensiunii arteriale, determinări de laborator. Datele centralizate la nivelul întregului eșantion pe țară au arătat că s-au consumat cantități

Scanned with OKEN Scanner

normale sau mai mari decât raţiile recomandate pentru carne şi preparate din carne (inclusiv peşte), brânzeturi, ouă, grăsimi comerciale (untură, ulei), pâine şi alte derivate cerealiere (inclusiv mălai), leguminoase uscate.

Raţiile au fost insuficiente pentru lapte şi produse lactate acide, legume, fructe, zahăr şi produse zaharoase.

Necesarul de calorii a fost asigurat într-un procent de 96,6%. Copiii cu vârsta cuprinsă între 7 şi 12 ani, adolescenţii şi bărbaţii au avut deficite calorice cuprinse între -8,6% şi -13,6%. La copii mici (1-6 ani), femei şi vârstnici raţiile au fost uşor hipercalorice.

Cantităţile de proteine şi lipide consumate au fost suficiente dar mediile pe întregul eşantion ascund un deficit la copii cu vârsta între 7 şi 12 ani şi adolescenţi precum şi un surplus mai mare sau mai mic la copiii mici, femei şi vârstnici.

Atât pe eşantionul întreg cât şi pe grupe de vârstă s-a constatat o carenţă de glucide care, împreună cu deficitul de lipide şi proteine, a explicat neacoperirea necesarului de calorii la copii şi adolescenţi.

Aproximativ jumătate din populaţia investigată a avut o greutate corporală normală, 16% au fost slabi şi 34% hiperponderali. Procentele hipoponderalilor au fost mai mari la vârstnici, bărbaţii cu vârsta cuprinsă între 20 şi 65 de ani şi copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani, iar cele ale hiperponderarilor, la femeile cu vârsta între 20 şi 60 de ani.

Au fost găsite hipertensive 9% din persoanele adulte (8% bărbaţi şi 10% femei).

Prevalenţa hiperlipemiilor a fost de 13%, cu variaţii de la 7% pentru grupa de vârstă 20-29 ani, până la 17% la cei cu vârsta de peste 60 de ani. Hipercolesterolemia s-a întâlnit la 22% din totalul subiecţilor, cu variaţii de la 11%, la grupa de vârstă 20-29 ani, până la 27% la vârstnici. Faţă de valorile de referinţă, hemoglobinemia a fost scăzută la 29% din subiecţi. Cei mai expuşi au fost copiii (44% şi respectiv 37%) şi vârstnicii (28%).

Cercetarea acestora desfăşurată în perioada 1979-1984 a cuprins 41 de localităţi aparţinând regiunii Transilvaniei şi Banatului, Munteniei, Dobrogei şi Moldovei. Din fiecare localitate s-a ales un eşantion de 150 de persoane.

Cantităţile de alimente consumate în medie pe zi de o persoană au fost calculate la eşantionul pe întreaga ţară, pentru trei perioade ale anului (iarna, primăvara, toamna).

În ceea ce priveşte carnea şi preparatele din carne, media s-a încadrat în limitele normale (91,5 g faţă de 85-95 g recomandate) şi a fost mai mare la preparatele din carne (24,6 g faţă de 15,20 g). Pe grupe de populaţie, au consumat cantităţi suficiente de carne şi preparate din carne copiii cu vârsta cuprinsă între 1 şi 6 ani, bărbaţii cu vârsta între 20 şi 65 ani şi femeile cu vârsta între 20 şi 60 de ani. În schimb, copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani, adolescenţii şi vârstnicii nu şi-au

Scanned with OKEN Scanner

asigurat raţia necesară. Deficitul era maxim la adolescenţi; 86,5 g faţă de 120-135 g recomandate şi 25,1 g de preparate faţă de 30 g. Media de 91,5 g carne pentru întregul eşantion a provenit din următoarele sorturi:

- carne de pasăre 43,2 g
- carne de porc 28,8 g
- carne de vită 11,4 g
- carne de ovine 8,1 g

Preparatele din carne au constat din 17,5 g semipreparate (mezeluri, cârnaţi, costiţă, ciolane afumate etc.), din 5,6 g prospături (parizer, crenvurşti etc.) şi numai 1,5 g din conserve de carne. În privinţa variaţiilor sezoniere s-a păstrat obiceiul ca iarna să se consume mai mult carne de porc decât în celelalte sezoane. În condiţiile obiceiurilor alimentare ale populaţiei din ţara noastră s-a estimat că, dacă se asigură cantităţi suficiente de carne şi preparate din carne, raţia medie zilnică de peşte şi preparate din peşte se poate situa la 15-20 g. Media anuală găsită s-a situat între aceste limite. Iarna consumul a fost mai redus (12,1 g) şi a crescut progresiv în celelalte sezoane (17,7 g - primăvara; 20,1 g - toamna).

Laptele şi produsele lactate acide s-au consumat în cantităţi foarte reduse faţă de raţiile recomandate. Astfel, pe întregul eşantion au revenit anual în medie 138 ml pe zi, în loc de 340-370 ml. Deficitul a fost maxim la grupele de populaţie sensibile la deficienţa lor şi anume la copii şi adolescenţi. La aceştia, laptele şi produsele lactate acide au asigurat numai aproximativ 1/3 din necesar. La restul populaţiei s-a acoperit numai aproximativ jumătate din raţie. Cu excepţia adolescenţilor, carenţa de lapte a fost compensată parţial de consumul excedentar de brânzeturi (în medie 36 g faţă de 25-30 g).

Media anuală pe ţară în privinţa consumului de ouă a fost de 40,6 g, depăşind raţiile recomandate (25-35 g). Depăşirile au afectat populaţia adultă, constituind un factor de risc pentru hipercolesterolemie şi ateromatoză. În privinţa caracterului sezonier, consumul maxim de ouă a fost de 40,1 g (primăvara) şi s-a redus la 30,1 g zilnic (iarna şi toamna fiind de 34,7 g pe zi).

În privinţa grăsimilor comerciale (untul, untura, uleiul) consumul s-a încadrat în limitele recomandate (35-50 g), nivel depăşit de copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani, adolescenţi şi vârstnici. În structura grăsimilor, ponderea cea mai mare o deţineau uleiurile (26 g), urmate de untură (15,8 g) şi unt (5,6 g).

Consumul de pâine şi derivate cerealiere a depăşit raţiile recomandate: consumul de pâine reprezenta 331 g faţă de 230-310 g, iar la celelalte derivate cerealiere 76 g faţă de 35-45 g. La pâine, hiperconsumul a afectat copiii, iar la alte produse, toate grupele de populaţie. Abundenţa în meniuri a produselor

Scanned with OKEN Scanner

cerealiere se explică prin tradiţie, dar şi prin preţ redus şi accesibilitate. Consumul de pâine a crescut în intervalul de timp iarnă-toamnă, iar consumul de derivate cerealiere a scăzut.

În grupul mare şi diversificat al legumelor, cartofii au fost separaţi de restul produselor, pentru ambele subgrupe constatându-se un deficit accentuat. Mediile anuale au arătat că s-au consumat numai 101 g cartofi zilnic faţă de 240-330 g, iar în privinţa consumului de legume s-au consumat numai 220 g faţă de 410-520 g recomandate. Situaţia s-a menţinut asemănătoare în toate cele trei sezoane, accentuându-se în perioada de primăvară, surprinzător fiind faptul că legumele au continuat să rămână mult sub nivelul optim, chiar şi toamna. Legumele sub formă de conserve sterilizate au contribuit în mică măsură la constituirea raţiei totale de legume (media anuală fiind de 17,6 g). Pe grupe de produse, primul loc a fost ocupat de consumul de bulion şi pastă de roşii (10,4 g). În ordine descrescândă au urmat: conserve de legume în apă (3,2 g), conserve de legume în bulion (1,7 g) şi conserve de legume în ulei (1,0 g).

Insuficienţa legumelor a pus evident sub semnul întrebării posibilitatea asigurării raţiilor necesare de vitamina C, caroten, elemente minerale, precum şi diversificarea meniurilor şi evitarea monotoniei alimentare.

Leguminoasele uscate datorită specificului lor constituie un grup separat. În ţara noastră s-a consumat practic numai fasole boabe (uscată). Derivatele proteice din soia (făina, concentratele proteice), utilizate ca aditivi în industria preparatelor din carne nu au fost luate în calcul. Media anuală a fost de 20,9 g pe zi, întrecând cu mult raţia considerată normală (8-12 g/zi). Ciorba şi iahnia de fasole au figurat adesea în meniurile copiilor cu vârsta între 1 şi 6 ani (13,3 g/zi).

Deşi ţara noastră are o tradiţie îndelungată în pomicultură, deşi multe din localităţile investigate se aflau în zone cu întinse plantaţii de pomi fructiferi, fructele nu s-au bucurat de aprecierea pe care o merită. Media anuală fost de 84,5 g pe zi, reprezentând mai puţin de 1/3 din cantităţile recomandate (240-310 g). Situaţii similare au fost găsite, de altfel, de numeroase alte cercetări efectuate anterior de diferite colective specializate. Consumul de fructe era mult scăzut în perioadele de iarnă (50,2 g/zi) şi de primăvară (25,4 g/zi), ajungând toamna la 155,5 g. Marea majoritate a cantităţii consumate era constituită din fructe suculente (mere, pere, struguri, cireşe). Fructele aflate sub formă uscată (prune, mere uscate) apăreau foarte rar (1,2 g/zi), iar fructele oleaginoase (nuci, măsline) reprezentau, de asemenea, o pondere foarte redusă (2,4 g/zi).

În grupa produselor zaharoase au fost incluse preparate în reţetele cărora zahărul era un component principal, inclusiv zahărul consumat ca atare. Cantitatea totală obţinută ca medie anuală era destul de redusă (24,4 g/zi). Copiii

Scanned with OKEN Scanner

şi adolescenţii au consumat cantităţi mai mari de produse zaharoase decât adulţii şi vârstnicii:

- copii cu vârsta de la 1 la 6 ani 33,6 g;
- copii cu vârsta de la 7 la 12 ani 31,4 g;
- adolescenţi 31 g;
- bărbaţi cu vârsta de la 20 la 65 de ani 20,4 g;
- femei cu vârsta de la 20 la 60 de ani 22,9 g;
- vârstnici 19,7 g.

Contribuţia fiecărei subgrupe la aportul total de zahăr a fost următoarea:

a) zahăr ca atare şi produse cu 80% sau peste 80% zahăr - 11,8 g;
b) produse cu 60-80% zahăr - 6,1 g;
c) produse cu 30-60% zahăr - 5,2 g;
d) compoturi cu 15-30% - 1,3g.

Ţinând seama de structura pe grupe de vârstă a eşantioanelor de populaţie şi de intensitatea efortului fizic, s-a calculat că necesarul mediu de calorii la nivel de ţară pentru eşantionul de 7 367 subiecţi a fost de 2 457 calorii de persoană/zi.

Tabel 2

Conţinutul în calorii şi proteine al raţiilor alimentare
- medii anuale pe ţară -

Grupa de vârstă	Nr. sub	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	2457	2374	-3,4	75,3	80,1	+6,4	34,4	34,8	+1,3
Copii 1- 6 ani	615	1581	1681	+6,3	51,2	56,5	+10,4	30,6	25,3	-17,2
Copii 7-12 ani	943	2374	2045	-13,9	74,1	67,3	-9,1	44,2	27,8	-37,0
Adolescenţi 13-19 ani	529	2733	2393	-12,4	93,1	79,7	-14,4	50,3	34,2	-32,0
Bărbaţi 20-65 ani	2018	3086	2820	-8,6	89,6	96,7	+7,9	35,0	43,5	+24,3
Femei 20-60 ani	2285	2295	2399	+4,5	70,3	80,9	+15,2	30,6	35,2	+15,0
Vârstnici	977	2017	2133	+5,8	64,1	71,0	+10,8	26,4	29,1	+10,5

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 3

Conţinutul în lipide şi glucide al raţiilor alimentare
- medii anuale pe ţară -

Grupa de vârstă	Nr. sub.	LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	82,2	87,1	+5,9	54,5	52,2	-4,0	356,5	300,4	-15,7
Copii 1- 6 ani	615	53,9	57,9	+7,5	38,1	30,8	-19,0	228,8	221,1	-3,3
Copii 7-12 ani	943	75,5	70,7	-6,5	55,9	38,2	-31,8	348,9	270,1	-22,6
Adolescenţi 13-19 ani	529	92,2	87,6	-5,0	68,3	50,4	-26,2	388,2	304,1	-21,6
Bărbaţi 20-65 ani	2018	102,8	108,4	+5,5	66,0	70,8	+7,3	452,6	344,6	-23,9
Femei 20-60 ani	2285	79,3	88,0	+10,9	49,9	52,0	+4,2	328,1	303,6	-7,4
Vârstnici	977	65,1	74,8	+14,9	42,8	42,8	+0,0	295,1	278,4	-5,6

Tabel 4

Conţinutul în calorii şi proteine al raţiilor alimentare
în perioada de iarnă - medii anuale pe ţară -

Grupa de vârstă	Nr. sub.	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	2157	2472	2279	-7,8	75,5	72,7	-3,9	34,5	30,1	-12,8
Copii 1- 6 ani	135	1615	1671	+3,5	51,9	50,9	-1,8	30,6	21,3	-30,5
Copii 7-12 ani	278	2369	1989	-16,0	73,9	61,3	-17,0	44,1	22,0	-50,1
Adolescenţi 13-19 ani	181	2720	2408	-22,8	93,9	79,2	-15,7	50,6	33,2	-34,3
Bărbaţi 20-65 ani	535	3186	2697	-13,2	89,9	85,1	-5,5	35,1	35,2	+0,4
Femei 20-60 ani	703	2329	2308	-0,9	70,6	75,3	+6,7	30,6	32,6	+6,7
Vârstnici	325	2020	1957	-3,1	64,2	61,8	-3,8	26,4	24,7	-6,2

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 5

Conținutul în lipide şi glucide al raţiilor alimentare în perioada de iarnă - situaţia pe ţară

Grupa de vârstă	Nr. sub.	LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	2157	82,7	87,3	+5,6	54,5	58,5	+7,4	358,4	283,1	-20,9
Copii 1- 6 ani	135	54,8	50,2	+6,2	38,7	31,4	-18,8	233,4	222,6	-4,6
Copii 7-12 ani	278	75,3	71,8	-4,6	55,8	40,9	-26,5	348,3	258,9	-25,6
Adolescenţi 13-19 ani	181	92,8	94,5	+1,9	68,6	63,2	-7,8	393,1	291,8	-25,7
Bărbaţi 20-65 ani	535	103,5	100,3	+4,6	66,2	79,4	+19,9	455,4	324,9	-28,6
Femei 20-60 ani	703	80,5	89,5	+11,2	49,9	59,6	+19,5	332,6	282,6	-15,4
Vârstnici	325	85,2	69,2	+6,2	42,8	45,5	+6,4	295,6	256,6	-13,1

Tabel 6

Conținutul în calorii şi proteine al raţiilor alimentare în perioada de primăvară - situaţia pe ţară

Grupa de vârstă	Nr. sub	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	2457	2312	-5,9	75,3	78,1	+3,7	34,4	33,9	-1,3
Copii 1- 6 ani	615	1581	1605	+1,5	51,2	54,8	+7,1	30,6	24,6	-19,2
Copii 7-12 ani	943	2374	1959	-17,4	74,1	65,4	-11,8	44,1	27,2	-38,4
Adolescenţi 13-19 ani	529	2733	2303	-15,8	93,1	77,0	-17,3	50,3	32,9	-34,6
Bărbaţi 20-65 ani	2018	3086	2795	-9,4	89,6	95,5	+6,6	35,0	43,1	+23,0
Femei 20-60 ani	2285	2295	2326	+1,3	70,3	78,4	+11,5	30,6	33,7	+10,1
Vârstnici	977	2017	2067	+2,5	64,11	69,0	+7,7	26,3	28,4	+7,8

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 7

Conţinutul în lipide şi glucide al raţiilor alimentare
în perioada de primăvară - situaţia pe ţară

Grupa de vârstă	Nr. sub	LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	82,1	80,9	+5,8	54,5	53,8	-1,1	356,5	286,5	-19,6
Copii 1- 6 ani	615	53,9	56,0	+4,1	38,1	30,8	-19,1	228,8	207,6	-9,3
Copii 7-12 ani	943	75,5	68,9	-8,7	55,9	38,8	-30,6	348,9	253,9	-27,2
Adolescenţi 13-19 ani	529	92,1	84,4	-8,4	68,3	49,7	-27,1	388,1	291,4	-24,9
Bărbaţi 20-65 ani	2018	102,8	111,6	+8,0	65,9	75,3	+14,13	452,6	332,4	-26,6
Femei 20-60 ani	2285	79,3	87,2	+9,9	49,9	52,5	+5,2	328,1	289,4	-11,9
Vârstnici	977	65,1	74,6	+14,6	42,8	43,8	+2,4	295,1	263,8	-10,6

Tabel 8

Conţinutul în calorii şi proteine al raţiilor alimentare
în perioada de toamnă - situaţia pe ţară

Grupa de vârstă	Nr. sub	CALORII			PROTEINE TOTALE			PROTEINE ANIMALE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	2457	2436	-0,8	75,2	82,3	+9,4	34,4	35,7	3,88
Copii 1- 6 ani	615	1581	1758	+11,1	51,1	58,9	+15,1	30,6	26,2	-14,1
Copii 7-12 ani	943	2374	2122	-10,6	74,1	69,5	-6,15	44,2	28,9	-34,3
Adolescenţi 13-19 ani	529	2733	2448	-10,4	93,1	81,2	-12,7	50,3	34,9	-30,6
Bărbaţi 20-65 ani	2018	3086	2852	-7,6	89,6	98,8	+10,3	35,0	44,4	+26,7
Femei 20-60 ani	2285	2295	2472	-7,7	70,3	83,5	+18,8	30,6	36,2	+18,3
Vârstnici	977	2017	2215	+9,9	64,1	73,6	+14,7	26,4	29,7	+12,7

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 9

Conţinutul în lipide şi glucide al raţiilor alimentare
în perioada de toamnă - situaţia pe ţară

Grupa de vârstă	Nr. sub	LIPIDE TOTALE			LIPIDE ANIMALE			GLUCIDE		
		Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
Total	7367	82,2	86,1	+4,7	54,5	48,3	-11,3	356,5	316,9	-11,1
Copii 1- 6 ani	615	53,9	59,6	+10,7	38,1	30,0	-21,1	228,8	234,8	+2,6
Copii 7-12 ani	943	75,5	71,1	-5,9	55,9	35,8	-36,0	348,9	286,8	-17,8
Adolescenţi 13-19 ani	529	92,2	87,4	-5,2	68,3	46,6	-31,8	388,2	317,5	-18,2
Bărbaţi 20-65 ani	2018	102,8	105,0	+2,2	66,0	63,9	-3,1	452,6	359,9	-20,5
Femei 20-60 ani	2285	79,3	87,1	+9,8	49,9	48,5	-2,9	328,1	321,9	-1,9
Vârstnici	977	65,1	74,9	+15,1	42,8	40,1	-6,4	295,1	296,6	-0,5

Tabel 10

Abateri (%) ale aportului caloric faţă de nivelul recomandat
- situaţia pe ţară şi pe perioade -

Grupa de populaţie	Abateri %		
	Iarna	Primăvara	Toamna
TOTAL	-7,8	-5,9	-0,8
Copii 1- 6 ani	+3,5	+1,5	+11,1
Copii 7-12 ani	-16,0	-17,4	-10,6
Adolescenţi 13-19 ani	-22,8	-15,8	-10,4
Bărbaţi 20-65 ani	-13,2	-9,4	-7,6
Femei 20-60 ani	-0,9	+1,3	-7,7
Vârstnici	-3,1	+2,5	+9,9

Raţia alimentară a furnizat 2 374 calorii, acoperind 96,6% din necesarul de calorii.

Situaţia anuală pe grupe de populaţie, este prezentată în tabelul 11.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 11

Abateri (%) ale aportului caloric pe grupe de vârstă

Grupa de populaţie	CALORII		
	Recomandat	Aport	Abatere
Copii 1- 6 ani	1581	1681	+6,6
Copii 7-12 ani	2374	2045	-13,9
Adolescenţi 13-19 ani	2733	2393	-12,4
Bărbaţi 20-65 ani	3086	2820	-8,6
Femei 20-60 ani	2295	2399	+4,5
Vârstnici	2017	2133	+5,8

Deficit mai mare de 10% s-a înregistrat la copii cu vârsta cuprinsă între 7 şi 12 ani şi la adolescenţi. La copii mici, femei şi vârstnici, alimentaţia a acoperit integral cheltuielile de energie şi a adus chiar un aport mai mare din punct de vedere caloric (între +4,5% şi 6,3%).

Din tabelele de mai sus rezultă că în perioada de iarnă raţiile alimentare au fost insuficiente caloric spre deosebire de celelalte sezoane. Iarna, numai copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani au consumat raţii alimentare cu un excedent caloric de +3,5 %, în timp ce toate celelalte grupe au avut deficite ce au variat între -0,9% la femei şi -22,8% la adolescenţi.

În perioada de toamnă două grupe au fost excedentare (+9,9% la vârstnici, respectiv +11,1% la copii cu vârsta cuprinsă între 1 şi 6 ani), iar la celelalte grupe deficitul s-a situat între -0,9% şi -10,6% (femei cu vârsta cuprinsă între 20 şi 60 de ani şi respectiv adolescenţi cu vârsta între 13 şi 19 ani).

În tabelul următor sunt prezentate abaterile procentuale de la normal în cele trei regiuni mari după cum urmează:

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 12

Abateri (%) ale aportului caloric față de nivelul recomandat -situația pe regiuni și pe perioade -

	Regiunea 1 Banat - Transilvania				Regiunea 2 Muntenia - Dobrogea				Regiunea 3 Moldova			
	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
TOTAL	-8,8	+0,6	+4,6	+2,5	+0,1	-9,8	-4,2	-6,1	+2,3	-8,7	-4,6	-6
Copii 1- 6 ani	-7,8	+7,9	+16,4	+11,4	+25,1	+3,6	+14,8	+10,1	+0,6	-6,1	-0,7	-3
Copii 7-12 ani	-22,4	-11,2	-7,5	-9,5	-7,2	-18,5	-7,1	-13,1	-11,4	-17,7	-16,3	-20
Adolescenți	-6,2	-9,9	-1,6	-5,3	-12,3	-21,4	-16,0	-18,1	+6,2	-8,8	-6,7	-7
Bărbați 20-65 ani	-12,5	-8,0	-2,5	-2,9	-9,0	-15,4	-13,0	-13,5	-5,7	-11,8	-11,2	-11
Femei 20-60 ani	-5,5	+2,7	+12,0	+10,2	+12,0	-7,6	+5,5	+2,6	+11,5	+2,5	+3,4	+6
Vârstnici	-4,4	+6,7	+19,0	+12,4	+5,4	+3,5	+9,2	+5,5	+19,0	+4,9	+8,3	+6

Scanned with OKEN Scanner

Abateri (%) ale aportului de calorii faţă de nivelul recomandat - situaţia pe zone-

Tabel 13

Zona 1 - Câmpia Tisei

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Primăvara	Toamna	Iarna
Total	444	+11,6	+16,6	+14,1
Copii 1- 6 ani	33	+27,3	+30,9	+29,1
Copii 7-12 ani	49	-3,7	+0,7	-1,5
Adolescenţi	28	-8,9	+0,6	-4,2
Bărbaţi 20-65 ani	171	+7,9	+9,4	+8,7
Femei 20-60 ani	105	+21,6	+25,6	+23,6
Vârstnici	58	+18,1	+38,8	+28,5

Tabel 14

Zona II - Nordul Transilvaniei

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Primăvara	Toamna	Iarna
Total	160	-11,6	-1,7	-6,7
Copii 1- 6 ani	10	-13,5	+6,7	-11,6
Copii 7-12 ani	17	-21,6	-1,7	-15,1
Adolescenţi	11	-26,3	-3,5	-15,4
Bărbaţi 20-65 ani	47	-16,8	-14,0	+1,4
Femei 20-60 ani	57	-2,9	+5,6	+11,7
Vârstnici	18	+2,6	+21,0	

Tabel 15

Zona III - Estul Banatului şi Apuseni

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Primăvara	Toamna	Iarna
Total	528	+11,4	+13,6	+12,5
Copii 1- 6 ani	45	+25,6	+27,3	+26,4
Copii 7-12 ani	34	-8,7	-16,0	-12,4
Adolescenţi	37	+6,4	+6,1	+6,2
Bărbaţi 20-65 ani	153	+4,7	+7,9	+6,3
Femei 20-60 ani	182	+23,4	+25,6	+24,5
Vârstnici	77	+13,2	+19,3	+16,3

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 16

Zona IV- Podişul Transilvaniei

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	886	-4,6	-4,4	+6,0	+0,9
Copii 1- 6 ani	65	+1,1	-0,2	+16,2	+7,8
Copii 7-12 ani	133	-15,8	-14,4	-2,2	-8,6
Adolescenți	59	-5,9	-12,4	-1,6	-6,4
Bărbați 20-65 ani	215	-10,9	-5,1	-0,2	-2,7
Femei 20-60 ani	293	-1,5	-0,2	+9,6	+5,1
Vârstnici	121	+6,4	+2,5	+24,6	+13,7

Tabel 17

Zona V- Bazinul superior al Mureşului

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	872	-13,0	-3,9	-11,2	-8,3
Copii 1- 6 ani	54	-16,8	+0,2	+1,1	-2,8
Copii 7-12 ani	95	-19,4	-7,7	-18,4	-13,5
Adolescenți	88	-6,6	-8,0	-9,5	-7,1
Bărbați 20-65 ani	247	-14,2	-5,6	-15,8	-11,2
Femei 20-60 ani	250	-9,6	+0,4	-5,8	-3,6
Vârstnici	138	15,2	-2,5	-9,1	-7,9

Tabel 18

Zona VI- Subcarpații Meridionali

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	203	+10,0	-12,2	-5,2	-8,0
Copii 1- 6 ani	15	+34,5	+1,9	-16,2	+9,0
Copii 7-12 ani	32	-6,1	-17,6	-9,4	-13,7
Adolescenți	18	-13,6	-24,3	-17,3	-20,2
Bărbați 20-65 ani	42	-2,5	-20,4	-17,3	-18,2
Femei 20-60 ani	67	+26,9	-5,5	+3,5	+0,3
Vârstnici	29	+22,9	+5,8	+14,2	+10,7

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 19

Zona VII- Câmpia Dunării

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	2075	-14,1	-10,1	-1,5	-6,5
Copii 1- 6 ani	168	+3,0	-3,2	+9,4	+3,7
Copii 7-12 ani	258	-23,8	-21,9	-10,8	-16,3
Adolescenţi	142	-26,6	-24,3	-16,2	-20,2
Bărbaţi 20-65 ani	568	-18,1	-13,7	-7,1	-11,3
Femei 20-60 ani	645	-7,7	+8,8	-7,7	+2,6
Vârstnici	294	-8,0	-3,5	-8,0	-0,2

Tabel 20

Zona VIII- Dobrogea

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	333	+4,5	-7,2	-5,8	-3,9
Copii 1- 6 ani	30	+37,9	+10,3	+18,9	+17,5
Copii 7-12 ani	42	+8,3	-16,0	-112,0	-9,2
Adolescenţi	31	-11,6	-15,6	-14,6	-14,0
Bărbaţi 20-65 ani	100	-6,4	-12,0	-14,7	-11,1
Femei 20-60 ani	102	+16,8	-0,7	+4,3	+4,9
Vârstnici	28	+1,2	+7,2	+5,3	+6,0

Tabel 21

Zona IX - Vestul Moldovei

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	399		-16,0	-11,7	-13,8
Copii 1- 6 ani	64		-10,1	-2,0	-6,0
Copii 7-12 ani	61		-27,4	-21,3	-24,4
Adolescenţi	22		-21,8	-17,5	-19,6
Bărbaţi 20-65 ani	92		-17,4	-19,0	-18,2
Femei 20-60 ani	101		-10,5	-4,6	-7,6
Vârstnici	59		-11,5	-1,6	-6,5

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 22

Zona X - Moldova dintre Prut şi Siret

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	319	+2,3	-7,1	-5,0	-5,5
Copii 1- 6 ani	29	+0,6	-4,1	-5,6	-4,2
Copii 7-12 ani	61	-11,4	-24,0	-17,1	-19,5
Adolescenți	19	+6,2	-10,6	-15,3	-9,4
Bărbați 20-65 ani	69	-5,7	-14,5	-14,7	-14,7
Femei 20-60 ani	106	+11,5	-1,0	+5,1	+3,7
Vârstnici	35	+19,0	+22,4	+21,5	+21,8

Tabel 23

Zona XI - Bucovina

Grupa de vârstă	Nr.sub.	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
Total	158		-3,0	-2,9	0,1
Copii 1- 6 ani	25		-4,2	+5,6	+0,7
Copii 7-12 ani	23		-22,2	-10,6	-16,4
Adolescenți	10		+6,1	+6,3	+6,2
Bărbați 20-65 ani	61		-3,6	+0,5	-1,5
Femei 20-60 ani	22		+2,1	+9,6	+5,9
Vârstnici	17		+3,8	+5,1	+4,5

Tabel 24

Abaterea procentuală a aportului proteic față de nivelele recomandate - situația pe țară şi pe perioade -

Grupa de populație	Abateri %					
	Iarna		Primăvara		Toamna	
	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale
Total	-3,9	-12,8	+3,7	-1,3	+9,4	+3,9
Copii 1- 6 ani	-1,8	30,5	+7,1	-19,2	+15,1	-14,1
Copii 7-12 ani	-17,0	-50,1	-11,8	-38,4	-6,1	-34,3
Adolescenți	-15,7	-34,3	-17,3	-34,6	-12,7	-30,6
Bărbați 20-65 ani	-5,5	+0,4	+6,6	+23,0	+10,3	+26,7
Femei 20-60 ani	+6,7	+6,7	+11,5	+10,1	+18,8	+18,3
Vârstnici	-3,8	-6,2	+7,7	+7,8	+14,7	+12,7

Scanned with OKEN Scanner

Mediile anuale arătau că în regiunea Banat-Transilvania raţiile alimentare au fost hipercalorice (peste +10%) la copii mici, femei şi vârstnici. Copiii având vârsta cuprinsă între 7 şi 12 ani, adolescenţii şi bărbaţii cu vârsta între 20 şi 65 de ani au avut raţii hipocalorice, dar deficienţele nu au coborât sub -10%. Raţiile hipercalorice (peste +10%) s-au înregistrat numai la copiii din zonele Muntenia-Dobrogea. Sezonier, s-au întâlnit abateri mai mari decât cele anuale în ambele sensuri: de exemplu, toamna s-au înregistrat depăşiri cu 19% la vârstnici, în regiunile Banat-Transilvania; iarna s-au înregistrat depăşiri cu 19% la vârstnici în regiunea Moldovei; iarna s-au înregistrat depăşiri de 25,1% la copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani din regiunea Muntenia-Dobrogea. Iarna, în regiunea Banat-Transilvania, carenţele au ajuns la -22,4% la copiii cu vârsta cuprinsă între 7 şi 12 ani, iar primăvara carenţele au ajuns la -18,5% în regiunea Muntenia-Dobrogea şi la -17,7% în Moldova.

Aceste situaţii sunt prezentate detaliat în tabelul 12.

Conţinutul în proteine al raţiilor alimentare este, pentru acelaşi studiu, în tabelele 25, 26 şi 27. Necesarul mediu de proteine calculat în funcţie de caracteristicile eşantionului de 7 367 subiecţi anual la nivel de ţară a fost de 75,3 g proteine totale, din care 34,4 g trebuiau să fie de origine animală. Acest necesar a fost satisfăcut şi uşor depăşit cu 6,4% la proteine totale şi cu 1,3% la proteine animale. S-a remarcat însă insuficienţa consumului de proteine, şi în special a celor de origine animală, la copii cu vârsta între 7 şi 12 ani şi la adolescenţi.

La copiii cu vârsta de 1-6 ani, deşi cantitatea totală de proteine depăşeşte cu 10,4% raţia recomandată, totuşi aceasta se realizează printr-o abundenţă a proteinelor vegetale comparativ cu cele animale. La copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani şi la adulţi, cantităţile medii de proteine consumate au acoperit integral necesarul fiziologic, existând un surplus la femeile cu vârsta între 20 şi 60 de ani şi la bărbaţii cu vârsta între 20 şi 65 de ani. Pentru grupele ameninţate de o raţie insuficientă de proteine situaţia a fost mai gravă iarna decât primăvara şi toamna.

Tabel 25

Abaterea procentuală a aportului proteic faţă de nivelele recomandate
- situaţia pe regiuni şi pe perioade -
Regiunea 1. Banat - Transilvania

Grupa de populaţie	Iarna		Primăvara		Toamna		Anual	
	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Total	-6,4	-11,0	+6,0	+0,7	+10,1	+8,6	+8,0	-4,7

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Copii 1- 6 ani	-13,7	-33,3	+9,1	-9,2	+16,0	-8,0	+11,2	-11,3
Copii 7-12 ani	-18,6	-52,4	-10,0	-37,3	-7,8	32,2	-8,9	-35,0
Adolescenți	-12,3	-31,5	-14,0	-32,0	-6,1	-21,5	-2,2	-25,2
Bărbați 20-65 ani	-6,2	+5,7	+8,4	+22,7	+10,1	+27,5	+9,1	+24,5
Femei 20-60 ani	-1,0	-1,0	+12,9	+8,6	+16,5	+17,7	+14,7	+13,5
Vârstnici	4,5	+3,0	+8,4	+5,8	+18,6	+22,0	+13,1	+14,3

Tabel 26

Regiunea 2. Muntenia-Dobrogea

Grupa de populație	Iarna		Primăvara		Toamna		Anual	
	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale
Total	+6,7	+2,1	+2,9	+3,9	+10,3	+5,8	+8,8	+6,1
Copii 1- 6 ani	+18,2	-19,6	+13,2	-17,7	+20,8	-14,3	+17,1	-16,0
Copii 7-12 ani	-8,3	-39,6	-7,6	-32,8	0,0	-29,4	-4,4	-31,3
Adolescenți	-15,8	-25,0	-18,7	-33,2	-16,3	-31,0	-16,3	-30,4
Bărbați 20-65 ani	+1,8	+11,0	+6,7	+27,8	+9,9	+28,5	+8,7	+29,0
Femei 20-60 ani	+23,8	+33,6	+14,7	+17,9	+21,6	+23,0	+19,2	+32,9
Vârstnici	+4,6	+6,0	15,0	+22,9	+15,2	+11,0	+14,8	+17,5

Tabel 27

Regiunea 3. Moldova

Grupa de populație	Iarna		Primăvara		Toamna		Anual	
	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale	Proteine totale	Proteine animale
Total	+9,8	-19,2	+3,5	+5,6	+7,3	+1,8	+4,8	-5,1
Copii 1- 6 ani	+1,3	-44,8	+0,5	-24,5	+6,9	-20,2	+2,0	-23,4
Copii 7-12 ani	-6,0	-51,2	-15,1	-35,1	-8,6	-35,6	-12,1	-37,0
Adolescenți	+2,5	-39,3	-10,0	-21,8	+9,1	-25,3	-9,0	-25,9
Bărbați 20-65 ani	+8,5	+3,7	-1,5	+36,2	+9,0	+24,8	+7,0	+28,1
Femei 20-60 ani	+26,0	+14,3	+10,7	+23,2	+15,2	+18,6	+14,8	+18,8
Vârstnici	+8,5	-33,8	+12,0	+16,3	+16,9	+24,0	+12,6	+14,6

Scanned with OKEN Scanner

Ingestia medie de proteine a fost suficientă, existând depăşiri (4,8% în regiunea Moldova, 8,0% în regiunea Banat-Transilvania şi 8,8% în regiunea Muntenia-Dobrogea). În privinţa consumului de lipide la eşantionul pe întreaga ţară şi pe an, raţia medie zilnică de lipide totale recomandată a fost de 82,2 g/zi/persoană şi 54,5% pentru lipidele de origine animală.

Nivelul pentru lipidele totale a fost realizat cu o mică depăşire: +5,9%. În cazul lipidelor de origine animală a existat un deficit de -4,0%. La copii cu vârsta între 7 şi 12 ani, precum şi la adolescenţi s-a constatat neasigurarea integrală a necesarului de grăsimi, iar la femei şi vârstnici regimurile erau hipocalorice prin raţia bogată în grăsimi. În perioada de toamnă proporţia de grăsimi animale din totalul lipidelor a fost mai scăzută decât iarna şi primăvara. În regiunea Banat-Transilvania s-au consumat mai multe grăsimi decât în celelalte două regiuni, abaterile fiind de +21,1% pentru regiunea mai sus-menţionată. Copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani din Moldova şi adolescenţii din Muntenia-Dobrogea au avut alimentaţia săracă în grăsimi.

Raţia zilnică de glucide recomandată pentru tot eşantionul a fost de 356,5 g/zi/persoană. Aportul mediu zilnic s-a ridicat până la 300,4 g/zi, existând un deficit de -15,7%. Femeile cu vârsta între 20 şi 60 de ani, copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani şi vârstnicii au consumat cantităţi suficiente de glucide, deficitul fiind mai mic de 10%. În schimb, la copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani, la adolescenţi şi la bărbaţi, carenţa de glucide a fost accentuată, fiind cuprinsă între -21,6% şi -23,9%. Această carenţă a fost cauza principală a neasigurării integrale a necesarului de energie la grupele respective. Situaţia cea mai critică s-a înregistrat iarna, când numai copiii mici au avut o raţie de glucide aproximativ normală. Primăvara s-a înregistrat o discretă ameliorare (-19,6%). Toamna, deficitul a scăzut până la -11,1%, iar la copiii mici şi la vârstnici abaterea a devenit pozitivă (+2,6% şi respectiv 0,5%). Copiii mari, adolescenţii şi bărbaţii au rămas în continuare cu o carenţă marcantă de glucide (de la -17,8% până la -20,5%).

Între cele trei regiuni nu erau deosebiri semnificative (tabelul 28). În tabelul 29 vom prezenta distribuţia procentuală medie a abaterilor de la greutatea ideală la eşantionul pe ţară. Circa jumătate din subiecţii eşantionului studiat au avut greutate corporală normală, adică greutate situată în cadrul limitelor de 10%, faţă de greutatea ideală, 16% au fost hipoponderali şi 34% hiperponderali. Dintre cei hiperponderali, la 15% depăşirea s-a situat între 10,1% şi 20% faţă de greutatea ideală, iar la 19% surplusul ponderal a fost mai mare de 20%, aceştia din urmă fiind consideraţi obezi.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 28

Abateri (%) ale aportului caloric față de nivelul recomandat
- situația pe regiuni și pe perioade -

Grupa de populație	Regiunea 1 Banat - Transilvania				Regiunea 2 Muntenia - Dobrogea				Regiunea 3 Moldova			
	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual	Iarna	Primăvara	Toamna	Anual
TOTAL	-21,0	-17,1	-11,2	-14,2	-16,4	-21,7	-13,9	-17,8	-5,1	-22,1	-9,3	-15,5
Copii 1- 6 ani	-10,3	-12,2	-5,3	-8,1	+13,8	-6,9	+6,0	+0,4	+4,4	-16,1	-4,5	-9,5
Copii 7-12 ani	-21,4	-23,1	-19,5	-21,5	-21,6	-27,8	-18,8	-22,7	-20,7	-33,6	-19,8	-26,4
Adolescenți	-20,2	-23,9	-14,9	-19,0	-32,8	-29,2	-23,9	-26,8	+3,0	-20,6	-11,9	-14,5
Bărbați 20-65 ani	-28,6	-24,0	-20,2	-22,2	-24,8	-30,0	-24,2	-27,0	-17,2	-28,4	-17,5	-23,4
Femei 20-60 ani	-17,3	-9,3	-2,9	-6,8	-7,2	-13,6	-3,3	-8,6	+0,9	-16,0	-1,8	-8,7
Vârstnici	-15,6	-9,0	+1,9	-3,9	-4,8	-9,2	-1,6	-6,1	+26,1	-6,4	+8,6	+0,8

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 29

Distribuţia procentuală medie a abaterilor de la greutatea ideală
- situaţia pe ţară -

Grupa de populaţie	Hipoponderali	Normoponderali	Hiperponderali (%)	
			Total	Cu greutate peste 20%
TOTAL	16	50	34	19
Copii 1- 6 ani	13	66	21	9
Copii 7-12 ani	18	64	18	8
Adolescenţi	12	59	29	14
Bărbaţi 20-65 ani	20	54	26	10
Femei 20-60 ani	6	38	56	39
Vârstnici	35	41	24	13

În ancheta stării de sănătate efectuată în 1983 de către Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară pe un eşantion de 47 722 persoane din mediul urban şi rural, indicele de prevalenţă a obezităţii accentuate a fost de 9,5% la 100 de anchetaţi ce aveau vârsta de peste 10 ani.

Pe grupe de vârstă, frecvenţa normoponderalităţii s-a ridicat până la 66% la copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani şi până la 64% la copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani, coborând până la 38% la femeile cu vârsta cuprinsă între 20 şi 60 de ani. Cei mai mulţi hipoponderali (35%) s-au găsit în categoria vârstnicilor. Indicele de prevalenţă la bărbaţi a fost de 20%, şi 18% la copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani. În schimb, numai 6% din femei au fost hipoponderale, 56 % prezentând însă hiperponderabilitate, iar 39% fiind cu obezitate accentuată. Frecvenţa hiperponderabilităţii, precum şi a obezităţii a fost mai mică la femei: 26% şi respectiv 10%. Ca fenomen negativ a fost semnalată prevalenţa ridicată, atât a cazurilor de slăbire, cât şi a celor de depăşite a greutăţii ideale la copii şi adolescenţi (tabel 29).

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 30

Distribuția procentuală a abaterilor de la greutatea ideală
- situația pe regiuni -

Grupa de populație	Hipoponderali			Normoponderali			Hiperponderali (%)					
							Total			Cu greutate peste 20%		
	Reg.1 Banat-Transilvania	Reg.2 Muntenia-Dobrogea	Reg.3 Moldova	Reg.1 Banat-Transilvania	Reg.2 Muntenia-Dobrogea	Reg.3 Moldova	Reg.1 Banat-Transilvania	Reg.2 Muntenia-Dobrogea	Reg.3 Moldova	Reg.1 Banat-Transilvania	Reg.2 Muntenia-Dobrogea	Reg.3 Moldova
TOTAL	13	19	16	49	50	51	38	31	33	22	17	18
Copii 1-6 ani	12	15	11	67	65	66	21	20	23	10	8	10
Copii 7-12 ani	15	21	16	64	64	65	21	15	19	10	6	8
Adolescenți	10	14	14	58	61	51	32	25	35	16	11	20
Bărbați 20-65 ani	13	26	18	56	51	60	31	23	22	12	9	5
Femei 20-60 ani	4	7	7	35	41	35	61	52	58	43	34	41
Vârstnici	33	35	42	43	42	35	24	23	23	13	13	13

Scanned with OKEN Scanner

În tabelul 30 este redată situaţia pe cele trei regiuni. Normoponderalii sunt mai puţini în rândul adolescenţilor din regiunea Moldovei (51% faţă de 58% în regiunea Banat-Transilvania şi 61% în regiunea Dobrogea-Muntenia). Bărbaţii normoponderali din regiunea Muntenia-Dobrogea reprezintă 51% faţă de 56% din regiunea Banat-Transilvania şi regiunea Moldova (60%) . Femeile normoponderale din regiunea Banat-Transilvania şi Moldova reprezentau 35% faţă de 41% în regiunea Muntenia-Dobrogea. Vârstnicii normoponderali din regiunea Banat-Transilvania reprezentau 43% faţă de 42% în regiunea Muntenia-Dobrogea şi 35% în regiunea Moldova.

Cel mai mic număr de persoane hipoponderale a fost găsit în regiunea Banat-Transilvania (13%) faţă de 19% în regiunea Muntenia-Dobrogea şi 16% în regiunea Moldova.

Din cele 3 990 persoane examinate au fost găsite hipertensive 481 persoane (12%). La bărbaţi prevalenţa a fost mai mică decât la femei (11 % faţă de 13%). Frecvenţa crescută a hipertensiunii arteriale la adulţii din estul Moldovei (27%) a fost un indiciu nu neapărat veridic, datorită numărului mic de persoane anchetate.

La nivelul eşantionului pe ţară, 70% din subiecţi au avut colesterolemii normale, 8% scăzute şi 22% crescute peste limitele considerate normale. Pe grupe de vârstă, prevalenţa hipercolesterolemiei a crescut o dată cu vârsta, de la 11% la adulţii tineri cu vârsta între 20 şi 29 ani până la 27% la persoanele cu vârsta peste 60 de ani (tabel 31).

Tabel 31

Valori medii ale colesterolemiei - situaţia pe ţară
(pe grupe de vârstă)

Grupa de vârstă	COLESTEROLEMIE	
	Valori medii găsite mg%	Valori maxime admise mg%
20-29 ani	192,6 ± 47,3	180
30-39 ani	204,9 ± 48,6	190
40-49 ani	213,1 ± 49,8	220
50-59 ani	225,2 ± 54,8	235
60 ani	225,0 ± 54,0	250

O altă cercetare din anul 1984, ce a făcut obiectul temei de cercetare „Investigaţii privind structura raţiei alimentare şi a stării de nutriţie pe eşantioane

de populație rurale și urbane" inclusă în planul Academiei de Științe Medicale, a fost efectuată, în trei etape (iarna, primăvara și toamna), pe eșantioane de populație din comunele Bălțești, județul Prahova și Bratovoești, județul Dolj, în satele cu aceleași nume.

Nivelul caloric al rațiilor consumate și conținutul lor în proteine, lipide și glucide sunt prezentate în tabelele 32 și 33.

Tabel 32

Aportul mediu anual de calorii și proteine

Grupa de populație	CALORII			PROTEINE (g)					
				TOTALE			ANIMALE		
	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
COMUNA BĂLȚEȘTI									
Media pe eșantion	2360	2415	+2,2	73,4	77,0	+4,8	34,7	31,1	-10,5
Copii 1- 6 ani	1630	1688	+3,5	52,3	58,2	-11,1	30,7	32,8	+6,7
Copii 7-12 ani	2330	2241	-3,8	72,1	71,1	-1,4	43,9	26,6	-39,3
Adolescenți 13-19 ani	2790	2257	-19,1	94,6	67,5	-28,6	50,9	25,6	-49,8
Bărbați 20-65 ani	2880	2252	-11,4	85,8	82,2	-4,2	34,7	32,0	-7,7
Femei 20-60 ani	2250	2523	+12,1	69,4	81,6	+17,5	30,2	35,4	+17,0
Vârstnici	2020	2367	16,9	64,3	74,8	+16,3	26,4	29,2	+10,7
COMUNA BRATOVOEȘTI									
Media pe eșantion	2490	2320	-6,8	77	83	+7,8	35	38	+8,6
Copii 1- 6 ani	1470	1180	-19,7	49	39	-20,4	30	20	-33,3
Copii 7-12 ani	2300	1788	-22,3	74	64	-13,5	44	31	-29,5
Adolescenți 13-19 ani	2760	2198	-20,4	94	78	-17,0	51	38	-25,5
Bărbați 20-65 ani	3060	2881	-5,8	90	105	+16,7	35	45	+28,6
Femei 20-60 ani	2430	2417	-0,5	74	88	+18,9	31	40	+29,0
Vârstnici	1970	2086	+5,9	63	71	+12,7	26	30	+15,4

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 33

Aportul mediu anual de lipide şi glucide

Grupa de populaţie	LIPIDE			GLUCIDE (g)					
				TOTALE			ANIMALE		
	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %	Rec. (g)	Aport (g)	Abatere %
COMUNA BĂLŢEŞTI									
Media pe eşantion	79	94	+18,7	53	38	-29,0	342	298	-13,1
Copii 1- 6 ani	55	73	+31,0	39	38	-2,6	236	203	-14,0
Copii 7-12 ani	74	80	+8,7	54	30	-44,9	344	292	-15,2
Adolescenţi 13-19 ani	94	93	-1,1	69	34	-50,2	328	269	-17,8
Bărbaţi 20-65 ani	96	96	+0,0	62	44	-28,8	421	321	-23,7
Femei 20-60 ani	78	102	+31,3	51	41	19,0	321	301	-6,4
Vârstnici	65	94	+43,2	43	33	23,3	296	289	-2,6
COMUNA BRATOVOEŞTI									
Media pe eşantion	83	80	-3,6	54	52	-3,7	363	299	-17,6
Copii 1- 6 ani	51	34	-33,3	36	20	-44,4	213	169	-20,7
Copii 7-12 ani	76	70	-7,9	55	41	-25,5	350	211	-39,7
Adolescenţi 13-19 ani	93	76	-18,3	69	47	-31,9	393	284	-27,7
Bărbaţi 20-65 ani	102	98	-3,9	66	67	-1,5	448	373	-16,7
Femei 20-60 ani	83	83	0	48	55	+14,6	350	312	-10,9
Vârstnici	64	70	9,4	42	44	+4,8	287	277	-3,5

Mediile aportului caloric s-au situat în limitele normale în ambele comune, cu un nivel mai crescut în comuna Bălţeşti decât în comuna Bratovoeşti. Media pe eşantion a aportului de calorii era, în comuna Bălţeşti, de 2 415 calorii (+2,2% depăşire faţă de raţia recomandată) şi 2 320 calorii în comuna Bratovoeşti (deficit de -6,8% faţă de raţia recomandată). Pe grupe de vârstă, raţiile au fost hipocalorice

Scanned with OKEN Scanner

la adolescenții și bărbații activi din comuna Bălțești, precum și la copiii cu vârsta între 1 și 12 ani și la adolescenții din comuna Bratovoești. Femeile având vârsta între 20 și 60 de ani și vârstnicii din comuna Bălțești au consumat rații alimentare hipercalorice.

Mediile rațiilor de proteine totale au depășit ușor rațiile recomandate: în comuna Bălțești aceasta era de 77 g (+4,8 depășire față de rația recomandată), iar în comuna Bratovoești media rațiilor de proteine era de 83 g (+7,8% depășire față de rația recomandată). Rații carențate în proteine au avut atât copiii în vârstă de 1 la 6 ani și adolescenții din comuna Bălțești, cât și copiii în vârstă de 1 la 12 ani și adolescenții din comuna Bratovoești. În schimb, femeile cu vârsta între 20 și 60 de ani și vârstnicii din comuna Bălțești precum și femeile și bărbații cu vârsta de peste 20 ani au consumat cantități mari de proteine. La copiii și adolescenții din ambele comune s-au constatat deficite mari de proteine având origine animală.

Media aportului de lipide pe eșantionul studiat este normală în comuna Bratovoești și hiperlipidică în comuna Bălțești: 80 g, cu deficit de -3,6% în Bratovoești și cu 94 g cu exces de 18,7% în Bălțești. Pe grupe de vârstă, rațiile au fost bogate în grăsimi la copiii cu vârsta cuprinsă între 1 și 6 ani, la femeile și vârstnicii din comuna Bălțești, și sărace în grăsimi la copiii cu vârsta între 1 și 6 ani și la adolescenții din comuna Bratovoești. În rațiile alimentare au dominat lipidele vegetale.

Aportul de glucide a fost deficitar în ambele comune: 298 g față de 342 g, aport recomandat în comuna Bălțești și 299 g față de 363 g, în comuna Bratovocști. Carența s-a observat la toate grupele de vârstă, fiind mai accentuată la bărbații din comuna Bălțești precum și la copiii și adolescenții din comuna Bratovoești.

În privința cantităților de alimente consumate, mediile rezultate din cele trei etape sunt prezentate în tabelele 34 și 35.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 34

Consumul mediu anual de alimente (g/persoană/zi)

Grupa de populație	Lapte	Brânzeturi	Unt	Carne	Preparate din carne	Pește și conserve	Ouă (g)	Pâine	Mălai	Alte derivate cerealiere
COMUNA BĂLȚEȘTI										
Media pe eșantion	79	20	6	103	24	15	31	315	16	26
Copii 1- 6 ani	149	14	8	69	30	9	29	146	9	37
Copii 7-12 ani	104	20	5	68	21	8	35	141	11	27
Adolescenți 13-19 ani	63	32	8	62	24	19	28	317	11	25
Bărbați 20-65 ani	61	24	6	132	33	19	29	397	17	31
Femei 20-60 ani	64	19	6	132	17	17	30	368	18	24
Vârstnici	84	14	5	79	27	14	36	350	25	20
COMUNA BRATOVOEȘTI										
Media pe eșantion	97	38	3	134	12	26	43	336	33	19
Copii 1- 6 ani	170	9	4	54	3	7	26	139	2	36
Copii 7-12 ani	93	32	1	79	14	20	51	228	13	18
Adolescenți 13-19 ani	133	44	6	98	11	27	52	277	29	13
Bărbați 20-65 ani	78	49	4	150	17	35	51	445	42	18
Femei 20-60 ani	68	39	3	177	11	23	42	362	29	18
Vârstnici	184	28	1	87	1	34	23	275	70	19

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 35

Consumul mediu anual de alimente (g/persoană/zi)

Grupa de populație	Cartofi	Alte legume	Leguminoase	Fructe	Fructe oleaginoase	Untură	Ulei	Dulciuri		
								80% glucide	60-80% glucide	40-60% glucide
COMUNA BĂLȚEȘTI										
Media pe eșantion	217	347	19	54	3	4	49	17	9	6
Copii 1- 6 ani	75	164	6	98	0	0	31	16	30	9
Copii 7-12 ani	140	196	15	75	1	1	42	20	8	12
Adolescenți 13-19 ani	187	295	18	45	8	3	47	17	7	7
Bărbați 20-65 ani	284	396	21	46	4	9	49	18	4	2
Femei 20-60 ani	278	451	20	43	4	5	54	16	6	5
Vârstnici	158	330	24	52	2	2	54	16	15	3
COMUNA BRATOVOEȘTI										
Media pe eșantion	90	330	35	228	0	19	21	8	6	3
Copii 1- 6 ani	63	84	8	138	0	4	11	18	15	3
Copii 7-12 ani	44	229	27	209	0	14	22	6	4	9
Adolescenți 13-19 ani	93	336	30	300	0	12	22	14	13	5
Bărbați 20-65 ani	107	400	54	260	0	25	24	7	4	0
Femei 20-60 ani	105	368	35	236	0	19	21	7	6	3
Vârstnici	78	316	24	163	0	23	21	6	2	0

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 36

Consumul de alimente
comparativ cu raţiile recomandate eşantioanelor de populaţie

Grupe de alimente	BĂLŢEŞTI			BRATOVOEŞTI		
	rec. (g)	aport (g)	abatere (%)	rec. (g)	aport (g)	abatere (%)
Lapte	310	79	-74,5	300	97	-67,7
Brânzeturi	26	20	-23,1	27	38	+40,7
Carne, peşte şi preparate din carne şi peşte	128	142	+10,9	127	172	+35,4
Ouă (g)	27	31	+14,8	27	43	+59,2
Pâine	286	315	+10,1	298	336	+12,7
Alte derivate cerealiere (inclusiv mălai)	36	42	+16,7	37	52	+40,5
Cartofi	271	217	-19,9	296	90	-69,6
Alte legume	363	347	-4,4	376	330	-12,2
Leguminoase uscate	12	19	+58,3	13	35	+169,2
Fructe	270	54	-80,8	270	228	-15,6
Grăsimi comerciale (ulei, untură, ulei)	41	57	+39,0	45	42	-6,7
Zahăr şi produse zaharoase (în echivalent zahăr)	45	26	-42,2	48	14	-70,8

În comuna Bălţeşti se constată un deficit accentuat la consumul de lapte, brânzeturi, fructe şi cartofi, precum şi zahăr şi produse zaharoase. În schimb, au fost excedentare leguminoasele uscate (fasole albă), grăsimile (uleiul şi untura), pâinea şi alte derivate cerealiere (mălai, făină, paste făinoase), ouăle şi carnea.

În comuna Bratovoeşti s-a constatat un consum insuficient de lapte, cartofi şi alte legume, fructe, zahăr şi produse zaharoase. Deficitul de lapte era compensat printr-un consum crescut de brânzeturi. În comuna Bălţeşti s-a remarcat consumul în cantităţi insuficiente a unor alimente de primă necesitate pentru copii şi adolescenţi: lapte, unt, carne, legume, fructe.

Componenţa meniurilor este prezentată în tabelul 37.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 37

Indicatorul	BĂLȚEȘTI				BRATOVOEȘTI			
	Copii și adolescenți	Bărbați și femei activi(e)	Vârstnici	Lotul întreg	Copii și adolescenți	Bărbați și femei activi(e)	Vârstnici	Lotul întreg
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1 masă pe zi	2	0	0	1	0	0	0	0
2 mese pe zi	2	4	9	4	6	24	15	18
3 mese pe zi	58	85	79	76	94	76	85	82
Gustări între mese	38	11	12	19	0	0	0	0
Masa principală de dimineață	2	4	0	2	0	1	0	0
Masa principală de prânz	94	89	85	90	89	91	95	90
Masa principală de seară	4	7	15	8	11	8	5	10
Mâncare caldă - o dată pe zi	8	10	9	9	8	13	10	12
Mâncare caldă - 2 ori pe zi	52	50	48	51	37	56	50	50
Mâncare caldă - 3 ori pe zi	40	40	43	40	55	31	40	38
1 fel de mâncare la masa de prânz	24	35	39	32	36	38	35	38
2 feluri de mâncare la masa de prânz	76	65	61	68	64	62	65	62
Alimentație cu lapte	30	21	24	24	21	13	25	16
Alimentație cu brânză	14	16	15	15	26	34	30	33
Alimentație cu lapte și brânză în aceeași zi	10	5	9	8	15	7	5	8
Alimentație fără lapte și brânză	46	58	52	53	38	46	40	43
Alimentație cu unt	24	19	27	22	11	7	5	8
Alimentație fără unt	76	81	73	78	89	93	95	92
Alimentație cu ouă	38	29	40	34	55	45	30	46

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Alimentație fără ouă	62	71	60	66	45	55	70	54
Alimentație cu carne - o dată/zi	32	28	27	29	34	32	30	33
Alimentație cu carne - 2 ori/zi	30	36	30	33	34	39	35	37
Alimentație cu carne - 3 ori/zi	2	2	3	2	2	2	5	2
Alimentație fără carne	36	34	40	36	30	27	30	28
Alimentație cu pește	8	12	12	11	15	14	25	16
Alimentație fără pește	92	88	88	89	85	86	75	84
Alimentație cu pâine	81	75	73	76	89	85	65	84
Alimentație numai cu mămăligă	2	9	0	6	0	0	0	0
Alimentație cu pâine și mămăligă în aceeași zi	17	16	27	18	11	15	35	16
Alimentație cu fructe	36	26	24	29	47	28	30	33
Alimentație fără fructe	64	74	76	71	53	72	70	67
Alimentație cu leguminoase uscate	17	20	21	19	28	32	30	30
Alimentație fără leguminoase uscate	83	80	79	81	72	68	70	70
Alimentație cu produse zaharoase	59	40	33	45	49	24	25	31
Alimentație fără produse zaharoase	41	60	67	55	51	76	75	69

Scanned with OKEN Scanner

Majoritatea persoanelor investigate au luat masa de 3 ori/zi. În satul Bălţeşti s-au consumat frecvent şi gustări între mese. Între 2% şi 9% din numărul persoanelor din satul Bălţeşti şi 6-24% din satul Bratovoeşti au laut masa de 2 ori pe zi. La 2% din copiii din satul Bălţeşti s-a constatat că au luat masa doar o singură dată pe zi.

În circa 90% din cazuri masa principală s-a consumat la dejun (prânz), iar la 8-10% din cazuri, seara. La 2% din tineri şi la 4% din bărbaţii şi femeile active, micul dejun a reprezentat de fapt masa principală a zilei.

Mâncarea caldă a fost prezentă în meniuri de 2 ori/zi, la aproximativ jumătate din persoane, la 38-40% de trei ori pe zi şi la 9-12% o dată pe zi. La prânz s-au consumat în 62-68% din cazuri, 2 feluri de mâncare.

În 53% şi 43% din zilele studiate în satele Bălţeşti respectiv Bratoeşti, laptele şi brânzeturile au lipsit din meniuri. La copii, absenţa laptelui a fost de 46% în satul Bălţeşti şi 38% în satul Bratovoeşti. Untul a figurat în meniurile zilnice în 22% din cazuri în Bălţeşti şi numai în 8% în satul Bratovoeşti.

Frecvenţa consumului de ouă, în proporţie de 34-46%, era în concordanţă cu deprinderile alimentare ale populaţiei ţării noastre, reflectând producţia lor sezonieră (cu deficit toamna şi iarna şi cu abundenţă primăvara şi vara).

În ceea ce priveşte carnea şi derivatele ei, a participat la alcătuirea meniurilor în 64% din cazuri în satul Bălţeşti şi 72% din cazuri în satul Bratovoeşti. Peştele şi conservele din peşte nu au constituit alimente de uz curent. Numai 11% în satul Bălţeşti şi 16% în satul Bratovoeşti au fost zile în care s-au consumat preparate din peşte.

Derivatul cerealier consumat cel mai mult şi constant a fost pâinea. Pâinea a reprezentat alimentul de însoţire a altor preparate în 94% din zile în satul Bălţeşti şi 100% în satul Bratovoeşti. Ea s-a consumat mai rar în asociere cu mămăliga. Substituirea aproape totală a mămăligii cu pâinea reprezintă un indicator convingător al schimbărilor ce au survenit în deprinderile alimentare ale populaţiei ţării noastre, inclusiv ale celei rurale.

Consumul de fructe a fost insuficient. Ele au fost prezente numai în 29% şi respectiv 33% din meniurile zilnice. Copiii şi adolescenţii au fost mai avantajaţi, din acest punct de vedere (la ei frecvenţa s-a ridicat la 36% şi respectiv 47%).

Leguminoasele uscate au fost consumate mai des decât s-a remarcat.

Procentele de zile în care se consumau dulciuri au fost de 45% în satul Bălţeşti şi 31% în satul Bratovoeşti.

Copiii şi adolescenţii au fost mai tentaţi de aceste produse, dar în limite rezonabile (50% şi respectiv 49%).

Ca rezultat al acestui mod de alimentaţie, unul din indicatorii stării de sănătate - greutatea corporală - a prezentat oscilaţii (a se vedea tabelul 38).

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 38

Diferenţa procentuală a persoanelor normoponderale, hipoponderale şi hiperponderale

Grupa de vârstă	BĂLŢEŞTI				BRATOVOEŞTI			
	Hipo-ponderali	Normo-ponderali	Hiperponderali		Hipo-ponderali	Normo-ponderali	Hiperponderali	
			Total > +10%	Total > +20%			Total > +10%	Total > +20%
Pe întregul lot	24	51	25	9	23	57	20	8
Copii 1- 6 ani	40	60	0	0	17	58	25	0
Copii 7-12 ani	23	67	10	6	28	72	0	0
Adolescenţi 13-19 ani	22	72	6	6	30	60	10	10
Bărbaţi 20-65 ani	38	45	17	5	30	66	4	0
Femei 20-60 ani	12	48	40	13	9	51	40	19
Vârstnici	28	28	44	14	44	33	22	6

Astfel, în comuna Bălţeşti, 51% din subiecţi au fost normoponderali, 24% hipoponderali şi 25% hiperponderali. În 9% din cazuri, excesul ponderal a depăşit cu 20% greutatea ideală. Pe grupe de vârstă, procentul cel mai mare de hipoponderali s-a găsit la copiii cu vârsta între 1 şi 6 ani (40%), urmaţi în ordine descrescândă de bărbaţi (38%), vârstnici (38%), copii cu vârsta între 7 şi 12 ani (23%), adolescenţi (225) şi femei (12%). Frecvenţa hiperponderabilităţii a fost maximă la vârstnici (44%), urmaţi de femei active (40%), bărbaţi activi (17%), copii cu vârsta între 7 şi 12 ani (10%), adolescenţi (6%). Obezitatea marcată (peste 20% faţă de greutatea ideală) s-a înregistrat la 14% din bătrâni, 13% din femeile active, 5% din bărbaţii activi şi la 6% din adolescenţii şi copiii cu vârsta între 7 şi 12 ani.

În comuna Bratovoeşti, 57% din subiecţi au fost normoponderali, 23% hipoponderali şi 20% hiperponderali, iar 8% au prezentat un exces ponderal de peste 20%. Procentul cel mai mare de hipoponderabilitate s-a găsit la vârstnici (44%), urmat de adolescenţi şi bărbaţi activi (30%), copii cu vârsta între 7 şi 12 ani (28%), copii cu vârsta cuprinsă între 1 an şi 6 ani (17%) şi femei active (9%). Frecvenţa hiperponderabilităţii a fost maximă la femeile active (40%), urmate de copii cu vârsta de 1-6 ani (25%), vârstnici (22%), adolescenţi (10%) şi bărbaţi

Scanned with OKEN Scanner

activi (4%). Obezitatea marcată s-a înregistrat la 19% din femeile active, la toți adolescenții hiperponderali (10%) și la 6% dintre vârstnici.

Frecvența persoanelor hipertensive a fost de 28% dintre bărbați și 20% dintre femei, în Bălțești, și de 4% dintre bărbați și 8% dintre femei, în Bratovoești. Aceste diferențe neverosimil de mari nu au putut fi explicate prin cauze alimentare. De altfel, frecvența procentelor persoanelor cu lipemii peste limitele normale au fost reduse: 1% în Bălțești, pentru grupa de vârstă de 40-49 ani, și 4% în Bratovoești, pentru grupa de vârstă 30-39 ani.

Din rezultatele studiului întreprins în același an pe un eșantion de 101 familii cu circa 250 de persoane examinate din satul Pietroșița, județul Dâmbovița, s-au tras următoarele concluzii:

- luând în considerare valorile medii, s-au constatat o serie de abateri față de rațiile alimentare recomandate. Astfel, preparatele din carne, derivatele cerealiere, leguminoasele uscate, au figurat în meniuri în cantități mai mari decât cele considerate optime;

- laptele s-a consumat în cantități reduse, mai ales primăvara. Insuficiența lui era însă compensată, în mare măsură, prin brânzeturi. Utilizarea ouălor avea un caracter sezonier, înregistrându-se cantități normale toamna, mai ales primăvara;

- rația globală de grăsimi comerciale era apropiată de cea recomandată, fiind realizată predominant pe seama uleiurilor vegetale;

- fructele și legumele (inclusiv cartofii) au prezentat un deficit accentuat în ambele perioade anchetate;

- aportul caloric a depășit cheltuiala medie de energie, mai ales toamna. Rațiile de proteine și de grăsimi au fost mai mari decât cele optime, glucidele fiind excedentare doar toamna;

- măsurătorile somatice au arătat că 42,3% din persoanele examinate au fost normoponderale, 21,8% hipoponderale și 25,7% obeze. Între copiii cu vârsta între 1 și 12 ani nu s-au găsit hiperoponderali, procentul celor hipoponderali fiind însă destul de ridicat (36,5% față de media de 21,8% pe întreg eșantionul). La adulți, hipoponderabilitatea era mai frecventă la bărbați (25,9%) decât la femei (10.5%), obezitatea afectând în schimb, un număr dublu de femei (41,1%) față de bărbați (21,1%).

Deficiențe hemoglobinice s-au găsit la 9,6% din bărbați, la 5,4% din femei și la 4,5% din copii, iar hematocritul a fost sub valoarea normală numai de 2,3% din bărbați și la 4% din femei. Hipocromia, apreciată prin concentrația eritrocitară medie în hemoglobină, s-a constatat la 9,5% dintre bărbați și la 14,1% din femei; 16,1% dintre subiecți au avut colesterolemia cuprinsă între 221 și 250 mg%, iar la 28% ea a depășit 250 mg%. Hiperglicemia a fost depistată la 4,3% din persoanele adulte.

Scanned with OKEN Scanner

5.1. Analiza sistemului alimentar în perioada anilor 1950-1990

În sistemul trebuinţelor de consum ale individului, în cadrul colectivităţilor umane, o pondere importantă o are alimentaţia, suferind în permanenţă modificări, unele depinzând de dezvoltarea resurselor alimentare, altele, de dezvoltarea tehnică necesară etapelor de prelucrare a produselor şi nu în ultimul rând, de posibilităţile financiare ale individului.

Folosind pentru analiza stării de nutriţie a populaţiei României o serie de date statistice furnizate de Comisia Naţională pentru Statistică, ce au avut la bază metoda consumului, asistăm în perioada 1950-1990, la două tendinţe importante: *astfel, se poate vorbi, analizând consumul alimentar, de o creştere cantitativă, prin atingerea unui nivel maxim de consum, acoperind în totalitate nevoile alimentare, fapt ce se referă la aportul caloric, uneori existând chiar un excedent în acest sens, iar în al doilea rând de o creştere calitativă, prin modificarea în sens ascendent a consumului de produse de origine animală.*

Tabel 39

Consumul de calorii şi factorii nutritivi pe om/zi
(valori pe om/zi alimentaţie)

Indicatorii	U. M	Anii									
		1950	1952	1954	1956	1958	1960	1962	1964	1966	1968
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Calorii - total	nr	1806	2175	2593	2553	2679	2780	2835	2756	2944	2915
de origine animală	nr	339	307	381	391	423	470	482	429	481	498
de origine vegetală	nr	1467	1868	2212	2162	2256	2310	2353	2327	2463	2417
Proteine-total	gr	52	62	71	70	74	78	79	74	80	79
de origine animală	gr	18	19	21	22	24	26	27	24	27	29

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
de origine vegetală	gr	34	43	50	48	50	52	52	50	53	50
Lipide total	gr	35	34	46	46	50	55	57	57	61	63
de origine animală	gr	22	18	25	26	27	31	32	29	32	33
de origine vegetală	gr	13	16	21	20	23	24	25	28	29	30
Glucide- total	gr	313	395	460	452	467	480	487	473	504	493

Tabel 40

Consumul de calorii şi factorii nutritivi pe om/zi (valori pe om/zi alimentaţie)

Indicatorii	U. M	Anii										
		1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
Calorii - total	nr	2880	3052	3168	3267	3284	3259	2991	3094	2962	2930	3039
de origine animală	nr	515	607	713	741	808	866	687	761	699	685	711
de origine vegetală	nr	2365	2445	2455	2526	2476	2453	2304	2333	2263	2245	2327
Proteine - total	gr	87	82	90	93	102	102	96	101	95	95	97
de origine animală	gr	26	32	39	42	42	44	41	46	43	42	43
de origine vegetală	gr	61	50	51	51	60	58	55	55	52	53	54
Lipide - total	gr	71	76	82	87	99	101	92	98	92	88	93
de origine animală	gr	40	44	49	51	59	58	49	53	48	47	49
de origine vegetală	gr	31	32	33	36	40	43	43	45	44	41	44
Glucide - total	gr	465	493	500	509	475	464	426	432	419	420	433

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 41

Consumul de calorii şi factorii nutritivi pe om/zi
(valori pe om/zi alimentaţie)

Indicatorii	U. M.	Anii									
		1950	1952	1954	1956	1958	1960	1962	1964	1966	1968
Calorii - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	18,8	14,1	14,7	15,3	15,8	16,9	17,0	15,5	16,9	17,9
de origine vegetală	%	81,2	85,9	85,3	84,7	84,2	83,1	83,0	84,5	83,7	82,1
Proteine - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	34,6	30,6	29,6	31,4	32,4	33,3	34,2	32,4	33,8	36,7
de origine vegetală	%	65,4	69,4	70,4	68,6	67,6	66,7	65,8	67,6	66,2	63,3
Lipide - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	62,9	52,9	54,3	56,5	54,0	56,4	56,1	51,9	52,5	52,4
de origine vegetală	%	37,1	47,1	45,7	43,5	46,0	43,6	43,9	49,1	47,5	47,6

Tabel 42

Consumul de calorii şi factorii nutritivi pe om/zi
(valori pe om/zi alimentaţie)

Indicatorii	U. M	Anii									
		1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Calorii - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	17,9	19,9	22,5	22,7	24,5	24,7	23,0	24,6	23,6	23,4	23,4
de origine vegetală	%	82,1	80,1	77,5	77,3	75,4	75,3	77,0	75,4	76,4	76,6	76,6
Proteine - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	29,9	39,0	43,3	45,2	41,2	43,1	42,7	45,5	45,3	44,2	44,3

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
de origine vegetală	%	70,1	61,0	56,7	54,8	58,8	56,9	57,3	54,5	54,7	55,8	55,7
Lipide - total	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
de origine animală	%	50,3	57,9	59,8	58,6	59,6	57,4	53,3	54,1	52,2	53,4	52,7
de origine vegetală	%	43,7	42,1	40,2	41,4	40,4	42,6	46,7	45,9	47,8	46,6	47,3

Se poate observa că pentru perioada luată în studiu (1950-1990) aportul minim caloric a fost întâlnit în anul 1950 (1 806 cal.), cu tendință de creştere treptată, având mici oscilații, până în anul 1962 (2 835 cal.). În 1964 se reduce la 2 756 calorii, pentru ca în anul 1966 să ajungă la 2 944 calorii. Scăderea se înregistrează în continuare până în anul 1972, când aportul mediu caloric a fost de 3 502 calorii, crescând la 3 284 calorii în 1978, ajungând în 1990 la 3 038 calorii. Din consumul caloric total, celor de origine animală le revine procentul cel mai ridicat în anii 1984 - 24,6% şi 1980 - 24,7%, iar cel mai scăzut în anii 1952 - 14,1% şi 1958 - 15,8% (tabelele 3 şi 4).

În privința consumului total proteic, cele mai mici cantități au fost consumate în anii 1950-1952 (52 g respectiv 62 g), iar cele mai mari în anul 1978 (102 g), ajungând în anul 1990 la 97 g, cu o scădere treptată începând din anul 1984. Din consumul total mediu proteic, cele de origine animală prezentau un procent de 29,6% (anul 1954) şi 29,9% (anul 1970). Cele mai mari procente înregistrate în această perioadă de 40 de ani au avut vârfuri procentuale maxime începând cu anul 1974 (43,3%) până în anul 1990 (44,3%), evocatoare fiind procentele de 45,2% (anul 1976), 45,5% (anul 1984) şi 45,3% (anul 1986).

Consumul mediu de lipide a fost în continuă creştere din anul 1950 (35 g) până în anul 1980 (101 g), când începe să scadă, ajungând la 88 g în 1988, pentru ca în anul 1990 curba să devină uşor ascendentă (93 g). Din consumul total mediu de lipide, cele de origine animală au atins un vârf maxim în anul 1950 (62,9%) şi minime procentuale în anii 1952 (52,9%), 1966 (52,5%), 1986 (52,2%) şi 1990 (52,7%).

Consumul mediu de glucide a crescut, având mici oscilații, de la 313 g în anul 1950 la 504 g în anul 1966. Apoi a prezentat o curbă descendentă până în anul 1972 (493 g), când va creşte din nou la 509 g (1976). Din acest an, consumul a scăzut treptat, ajungând la 419 g în anul 1986, după care a urmat o uşoară creştere la 420 g în anul 1988 şi 433 g în anul 1990.

Scanned with OKEN Scanner

În tabelele şi graficele următoare vom prezenta consumul mediu la principalele produse alimentare pe un locuitor şi pe un an pentru aceeaşi perioadă 1950-1991, folosind aceeaşi proveniență a datelor statistice.

Tabel 43

Consumul mediu al principalelor produse alimentare pe locuitor/an

Produse alimentare	U.M	Anii											
		1950	1952	1954	1956	1958	1960	1962	1964	1966	1968	1970	1972
Grâu-secară - porumb	kg	154,8	201,6	242,1	234,4	233,1	240,2	249,2	240,0	251,7	248,3	240,4	237,3
Grâu-secară	kg	92,9	134,1	148,9	127,9	138,4	146,4	161,5	155,6	172,5	171,7	169,4	174,4
Porumb	kg	61,9	67,5	93,2	106,5	94,7	93,6	87,7	84,4	79,2	76,6	71,0	62,9
Cereale în echivalent făină	kg	130,5	169,1	201,0	195,8	196,6	202,3	206,4	200,7	209,6	202,0	196,0	193,2
Făină de grâu-secară	kg	74,1	107,3	115,8	98,5	109,6	116,2	125,1	121,8	135,3	129,8	128,7	132,5
Făină de porumb	kg	55,7	60,8	83,9	95,9	85,2	84,2	78,9	76,1	71,4	69,0	63,9	57,2
Orez	kg	0,7	1,0	1,3	1,6	1,8	1,9	2,4	2,8	2,9	3,2	3,4	3,5
Legume	kg	65,6	83,5	83,0	65,1	72,3	91,0	73,8	76,1	90,7	91,9	86,7	96,6
Legumi-noase	kg	3,2	4,5	4,2	4,8	5,0	5,9	4,1	3,4	3,6	3,7	3,9	2,8
Cartofi	kg	50,3	64,7	67,5	72,0	85,0	83,5	84,0	81,5	76,6	86,2	60,3	83,3
Fructe	kg	20,7	23,4	22,9	24,3	34,9	30,3	30,9	18,6	35,7	30,3	34,6	40,1
Lapte şi produse din lapte	kg	110,7	105,7	109,7	101,2	110,6	118,9	121,0	100,9	119,6	117,4	113,9	125,8
Ouă	buc.	59	64	74	88	95	109	120	112	122	130	142	170

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 44

Produse alimentare	U. M	Anii											
		1950	1952	1954	1956	1958	1960	1962	1964	1966	1968	1970	1972
Carne total	kg	16,7	16,8	19,5	23,4	24,3	26,7	29,6	26,0	28,3	31,5	31,2	39,0
Carne de bovine	kg	6,5	-	-	-	-	9,5	-	-	8,0	9,5	8,2	7,0
Carne de porcine	kg	5,9	-	-	-	-	10,7	-	-	12,9	13,4	13,6	19,8
Carne de ovine-caprine	kg	2,9	-	-	-	-	2,8	-	-	2,6	3,1	3,3	3,0
Carne de pasăre	kg	1,4	-	-	-	-	3,7	-	-	4,8	5,5	6,1	9,0
Peşte-total	kg	0,9	1,2	2,0	2,4	2,1	2,0	2,4	2,9	3,1	3,4	4,7	4,6
Grăsimi-total	kg	5,35	4,57	8,40	8,04	9,42	9,96	10,62	11,89	12,18	12,88	14,11	15,76
Slănină - untură	kg	2,46	1,14	3,34	3,37	3,43	3,95	4,21	3,99	4,28	4,26	5,19	6,13
Ulei comestibil	kg	2,63	2,98	4,15	3,99	5,06	5,27	5,70	6,98	6,86	7,42	7,56	8,07
Unt	kg	0,26	0,45	0,43	0,49	0,77	0,68	0,60	0,73	0,70	0,73	0,94	1,02
Margarină	kg	-	-	0,48	0,19	0,17	0,06	0,03	0,19	0,34	0,47	0,42	0,54
Zahăr-total	kg	6,9	7,6	8,6	10,0	10,7	11,0	12,6	14,2	16,5	17,8	19,3	23,0

Tabel 45

Produse alimentare	U. M	Anii								
		1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grâu-secară - porumb	kg	234,8	252,9	234,4	225,8	204,0	192,3	185,6	197,2	210,3
Grâu- secară	kg	175,3	187,9	181,5	174,1	165,9	156,4	153,9	167,2	170,0
Porumb	kg	59,5	65,0	52,9	51,7	38,1	35,9	31,7	30,6	40,3

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cereale în echivalent făină	kg	191,0	192,2	178,9	172,7	155,7	146,7	142,3	152,9	152,5
Făină de grâu- secară	kg	133,2	140,1	135,3	129,8	123,7	116,6	114,8	125,4	127,5
Făină de porumb	kg	54,1	48,7	39,7	38,8	28,6	26,9	23,8	23,0	30,2
Orez	kg	3,7	3,4	3,9	4,1	3,4	3,2	3,7	4,5	3,3
Legume	kg	123,4	127,2	121,3	121,4	139,7	179,3	137,5	139,9	110,8
Legumi-noase	kg	2,8	3,1	3,5	3,7	4,2	5,6	6,2	3,5	3,9
Cartofi	kg	96,6	93,6	79,3	70,6	72,2	77,5	78,3	58,3	59,4
Fructe	kg	42,1	47,2	46,9	45,8	64,5	73,3	66,1	52,8	59,5
Lapte şi produse din lapte	kg	139,0	143,6	166,2	167,6	135,7	161,0	154,4	154,1	144,4
Ouă	buc.	191	234	223	232	243	268	268	260	246

Tabel 46

Produse alimentare	U.M	Anii								
		1974	1976	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carne total	kg	45,0	48,5	54,9	62,0	57,0	61,4	54,2	52,4	61,0
Carne de bovine	kg	8,3	10,0	11,3	11,8	9,5	9,8	6,4	6,8	12,8
Carne de porcine	kg	22,5	22,3	24,0	28,5	27,0	28,5	24,0	24,1	26,9
Carne de ovine-caprine	kg	3,0	3,9	3,0	3,1	2,8	4,1	3,7	3,7	3,5
Carne de pasăre	kg	11,2	13,3	16,6	18,6	17,7	19,0	20,1	17,8	17,8
Peşte-total	kg	4,4	4,8	4,7	5,9	6,4	8,0	8,5	8,2	5,1
Grăsimi-total	kg	17,28	18,65	19,80	17,88	16,99	18,10	17,34	16,60	18,15

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slănină - untură	kg	7,15	7,25	7,11	3,61	3,21	3,68	3,23	3,38	3,00
Ulei comestibil	kg	8,37	9,07	10,20	11,46	11,10	11,36	11,30	10,23	11,47
Unt	kg	1,11	1,30	1,46	1,55	1,03	1,04	0,76	0,72	2,09
Margarină	kg	0,65	1,02	1,03	1,19	1,65	2,02	2,05	2,27	1,59
Zahăr-total	kg	22,0	24,9	26,4	28,2	22,8	24,9	26,0	25,0	27,3

Tabel 47

Indicii consumului mediu alimentar pe un locuitor la principalele produse alimentare
- studiu efectuat în perioada 1950-1990 -

Indicatori	U.M	Anii									
		'52/'50	'54/'52	'56/'54	'58/'56	'60/'58	'62/'60	'64/'62	'66/'64	'68/'66	'70/'68
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Grâu-secară - porumb	kg	130,2	120,1	96,8	99,4	103,0	103,1	96,3	104,9	98,6	96,8
Grâu- secară	kg	144,3	111,0	85,9	108,2	105,9	110,2	96,3	110,8	99,5	98,6
Porumb	kg	109,0	138,1	114,3	88,9	98,8	93,7	96,2	93,8	96,7	92,7
Cereale în echivalent făină	kg	129,6	118,9	97,4	100,4	102,9	102,0	97,2	104,4	96,4	97,0
Făină de grâu-secară	kg	144,8	107,9	84,9	111,5	106,0	1,7,6	97,3	111,1	95,9	99,1
Făină de porumb	kg	108,2	138,0	114,3	88,8	98,8	93,7	96,4	93,8	96,6	92,6
Orez	kg	142,9	13,0	123,1	112,5	105,5	126,3	116,6	103,6	110,3	106,2
Legume	kg	127,3	99,4	78,4	110,0	125,8	81,1	103,1	119,2	101,3	94,3
Leguminoase	kg	140,6	93,3	114,3	104,1	118,0	69,5	82,9	105,8	75,0	107,4
Cartofi	kg	128,6	104,2	106,7	118,0	98,2	100,6	97,0	93,9	112,5	72,3
Fructe	kg	113,0	97,9	106,1	143,6	86,8	102,0	60,2	191,9	84,9	114,2
Lapte şi produse din lapte	kg	95,5	103,8	92,3	109,3	107,5	101,7	83,4	118,5	98,2	97,0
Ouă	buc	108,5	115,6	119,0	107,9	114,1	110,1	93,3	108,9	106,5	109,2

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 48

Indicatori	U.M	Anii									
		'72/'70	'74/'72	'76/'74	'78/'76	'80/'78	'82/'80	'84/'82	'86/'84	'88/'86	'90/'88
Grâu-secară - porumb	kg	98,7	98,9	107,7	92,7	96,3	90,3	94,3	96,5	106,2	106,6
Grâu- secară	kg	102,9	100,5	107,1	96,6	95,5	95,3	94,3	98,4	108,6	101,7
Porumb	kg	88,6	94,6	109,2	81,4	97,7	73,7	94,2	88,3	96,5	131,7
Cereale în echivalent făină	kg	98,6	98,9	100,6	93,1	96,5	90,2	94,2	97,0	107,4	99,7
Făină de grâu-secară	kg	102,9	100,5	105,1	96,6	95,9	95,3	94,3	98,4	109,2	101,7
Făină de porumb	kg	89,5	94,6	90,0	81,5	97,7	73,7	94,1	88,5	96,6	131,3
Orez	kg	102,9	105,7	91,9	114,7	105,1	82,9	94,1	115,6	121,6	73,3
Legume	kg	111,4	127,7	103,1	95,4	100,1	115,1	128,3	76,7	101,0	79,8
Leguminoase	kg	96,5	100,0	110,7	112,9	105,7	113,5	103,3	110,7	56,4	111,4
Cartofi	kg	133,7	115,9	96,9	84,7	89,2	102,3	107,3	101,0	74,4	101,9
Fructe	kg	115,9	104,9	112,1	99,4	97,6	140,8	113,6	90,2	80,0	112,5
Lapte şi produse din lapte	kg	110,4	110,5	103,3	115,7	100,8	80,9	118,6	95,9	99,8	93,7
Ouă	buc.	199,7	112,3	122,5	95,3	100,0	104,7	110,3	100,0	97,0	

Tabel 49

Indicatori	U.M	Anii									
		'52/'50	'54/'52	'56/'54	'58/'56	'60/'58	'62/'60	'64/'62	'66/'64	'68/'66	'70/'68
Carne total	kg	100,6	116,1	120,0	103,8	109,8	110,8	87,8	108,8	111,3	99,0
Carne de bovine	kg	-	-	-	-	-	-	-	-	118,7	86,3
Carne de porcine	kg	-	-	-	-	-	-	-	-	103,8	101,5
Carne de ovine-caprine	kg	-	-	-	-	-	-	-	-	199,2	106,4
Carne de pasăre	kg	-	-	-	-	-	-	-	-	114,5	110,9
Peşte-total	kg	133,3	166,1	120,0	95,2	95	120,0	120,8	106,9	109,6	138,2
Grăsimi-total	kg	85,4	183,8	95,7	117,2	105,7	106,6	111,9	102,4	105,7	109,5
Slănină -untură	kg	46,3	292,9	100,8	101,8	115,1	106,6	94,8	107,2	99,5	121,8
Ulei comestibil	kg	113,3	139,3	96,1	126,8	104,1	108,1	122,4	98,3	108,1	101,8
Unt	kg	173,1	95,6	114,0	155,1	89,4	100,0	107,3	95,9	104,7	128,7
Margarină	kg	-	-	39,6	89,5	35,5	50,0	633,3	178,9	138,2	89,3
Zahăr-total	kg	110,1	113,2	116,3	107,0	102,8	114,5	112,7	116,2	107,8	108,4

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 50

Indicatori	U.M	Anii									
		'72/'70	'74/'72	'76/'74	'78/'76	'80/'78	'82/'80	'84/'82	'86/'84	'88/'86	'90/'88
Carne total	kg	125,0	128,6	107,8	113,2	112,9	91,9	107,7	88,3	96,7	116,4
Carne de bovine	kg	85,3	118,6	120,5	113,0	104,4	80,5	103,2	65,3	106,2	188,2
Carne de porcine	kg	145,5	113,6	99,1	107,6	118,7	94,7	83,3	84,2	100,4	111,6
Carne de ovine-caprine	kg	20,0	100,0	90,7	103,4	103,3	90,3	146,4	90,2	100,0	94,6
Carne de pasăre	kg	147,5	124,4	118,7	124,8	112,0	95,2	107,3	105,8	88,5	100,0
Peşte-total	kg	97,8	95,6	109,1	97,9	125,5	108,5	125,0	106,2	96,5	62,2
Grăsimi-total	kg	111,7	109,6	101,6	106,2	90,3	95,0	106,5	95,8	95,7	109,2
Slănină -untură	kg	118,7	116,6	109,4	98,1	50,7	88,9	114,6	87,8	104,6	88,8
Ulei comestibil	kg	106,7	103,7	108,4	112,4	112,3	96,8	102,3	99,5	90,5	112,1
Unt	kg	108,5	108,8	117,1	112,3	106,2	66,4	100,9	73,1	94,7	290,3
Margarină	kg	128,6	120,4	156,9	100,9	115,5	138,6	112,2	101,5	110,7	70,0
Zahăr-total	kg	119,2	95,6	113,2	106,0	106,8	80,8	109,2	104,4	96,2	109,2

Fig.1

Consumul pe om/zi exprimat în protide (perioada 1950-1990)

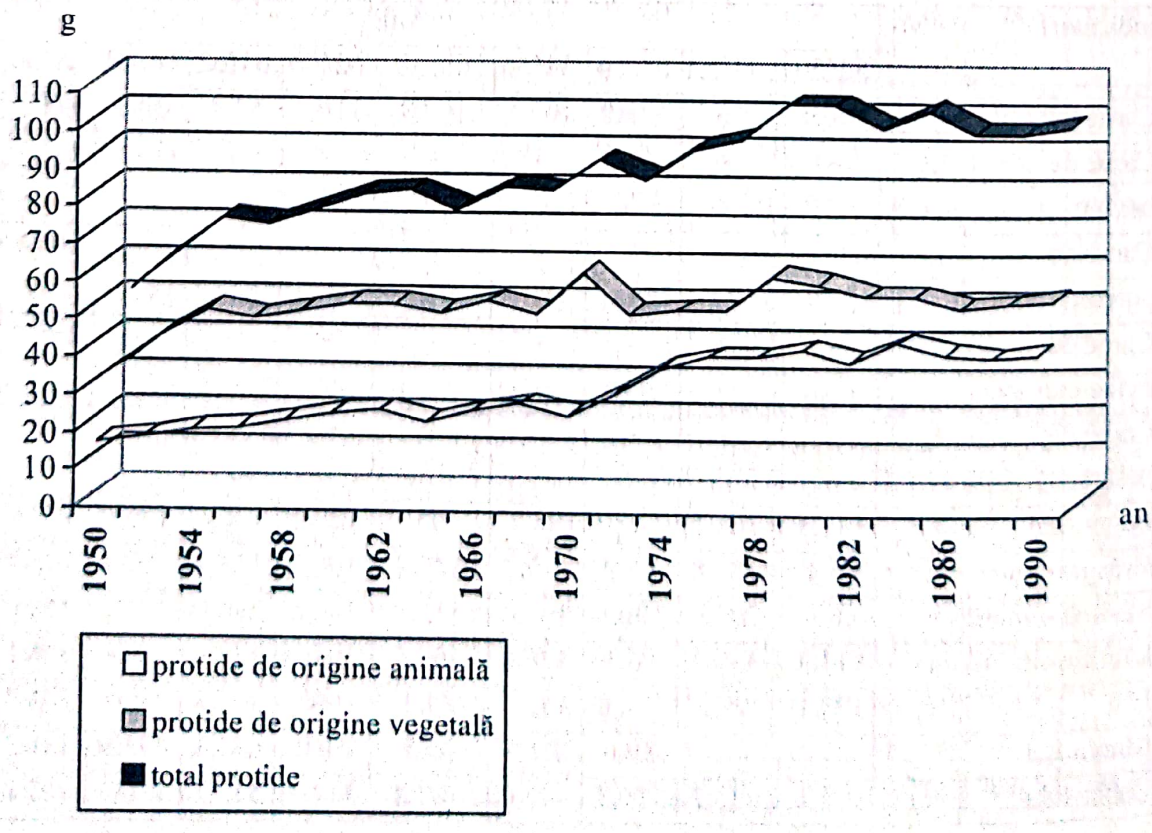


Fig.2

Consumul pe om/zi exprimat în calorii (perioada 1950-1990)

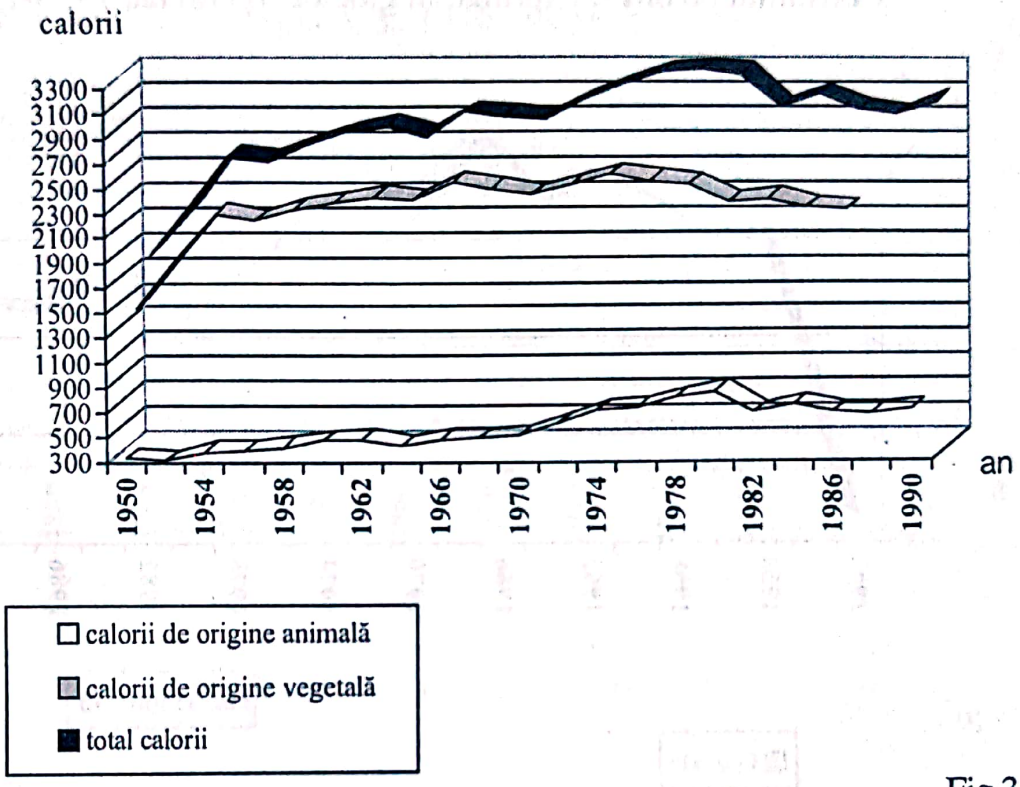
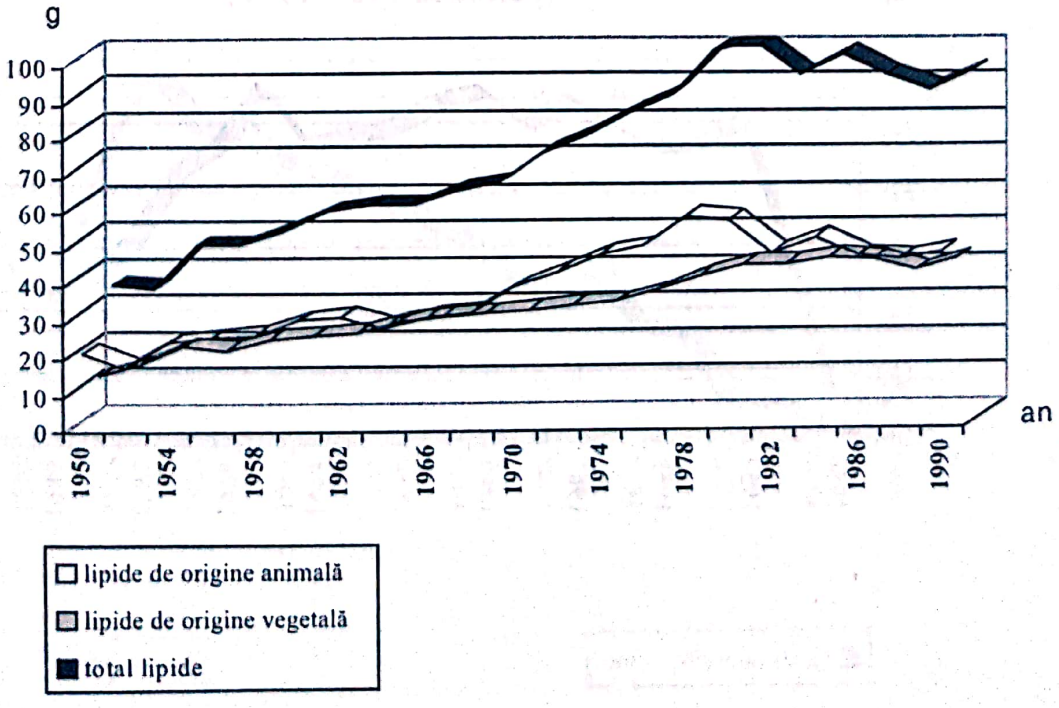


Fig.3

Consumul pe om/zi exprimat în lipide (perioada 1950-1990)



Consumul pe om/zi exprimat în glucide (perioada 1950-1990)

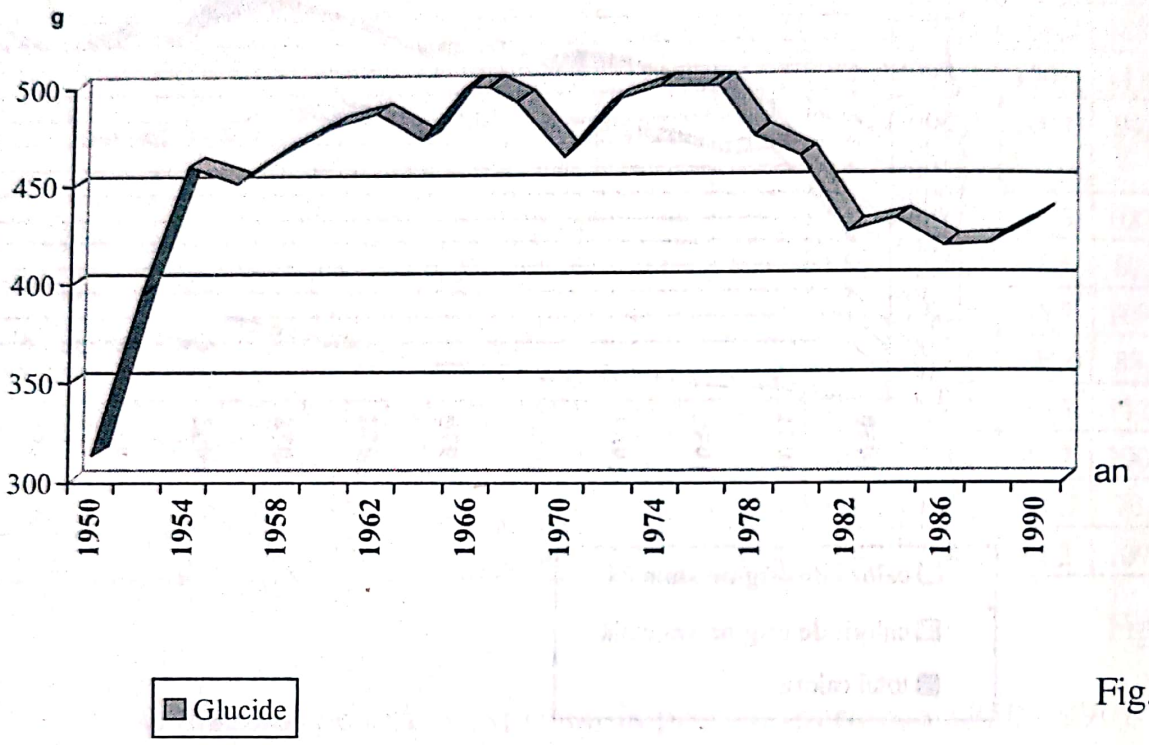


Fig.5

Consumul mediu la grâu-secară-porumb, pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

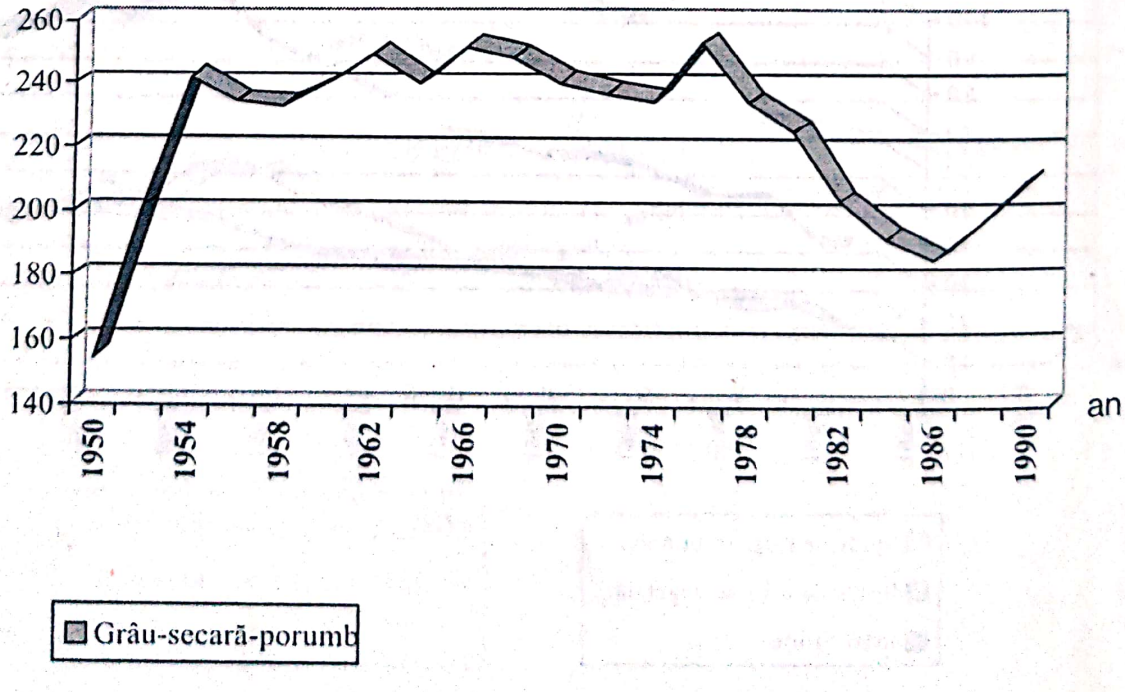


Fig.6

Consumul mediu la grâu-secară, pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

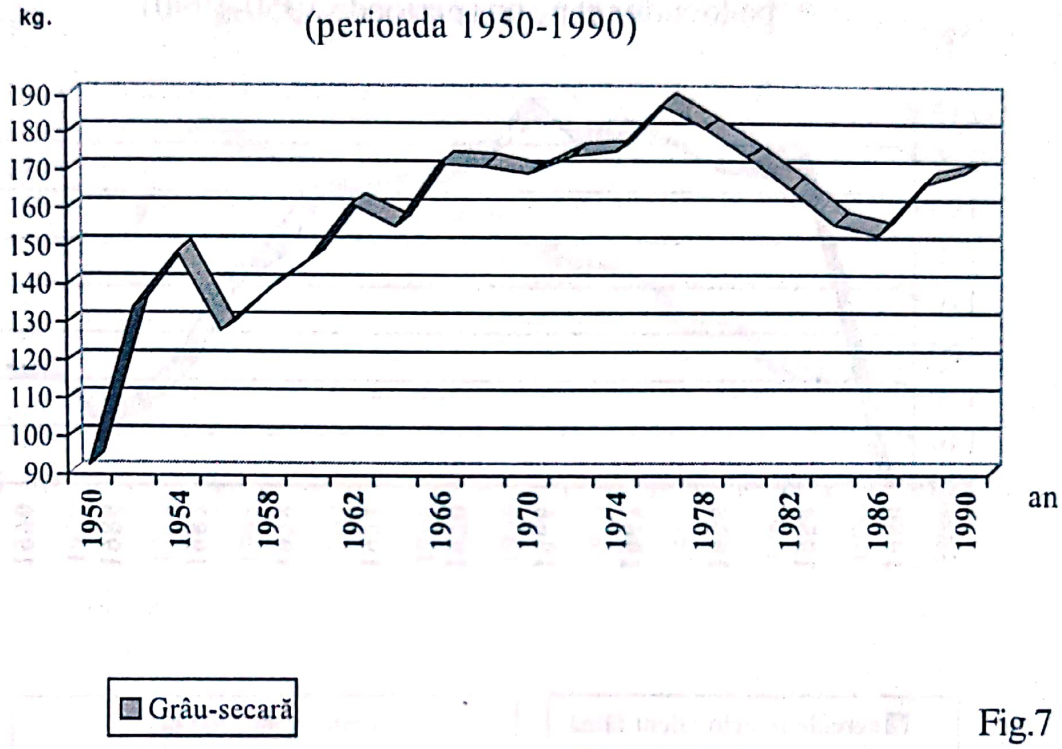


Fig.7

Consumul mediu la porumb, pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

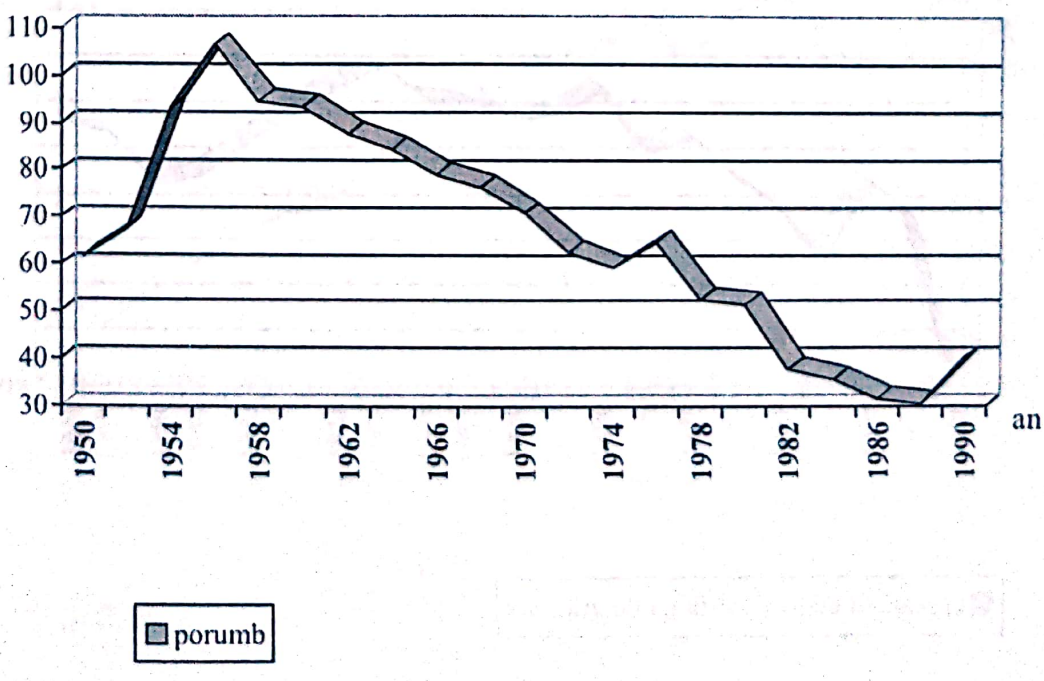


Fig.8

Consumul mediu la cereale în echivalent făină,
pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

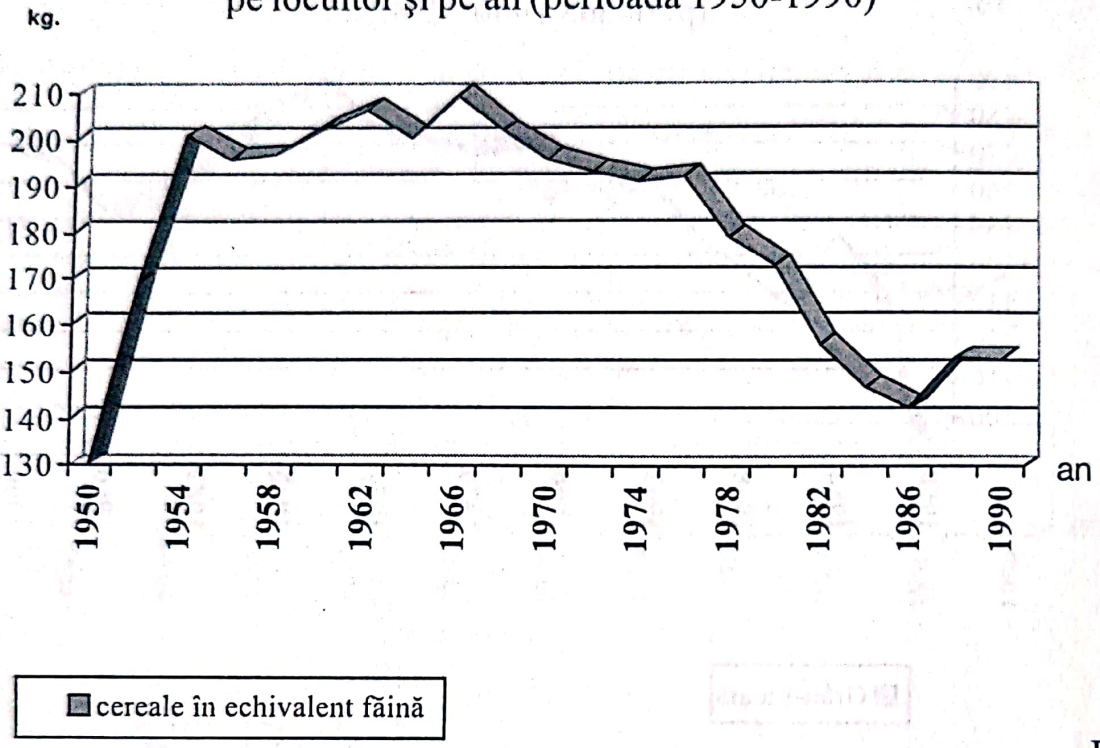
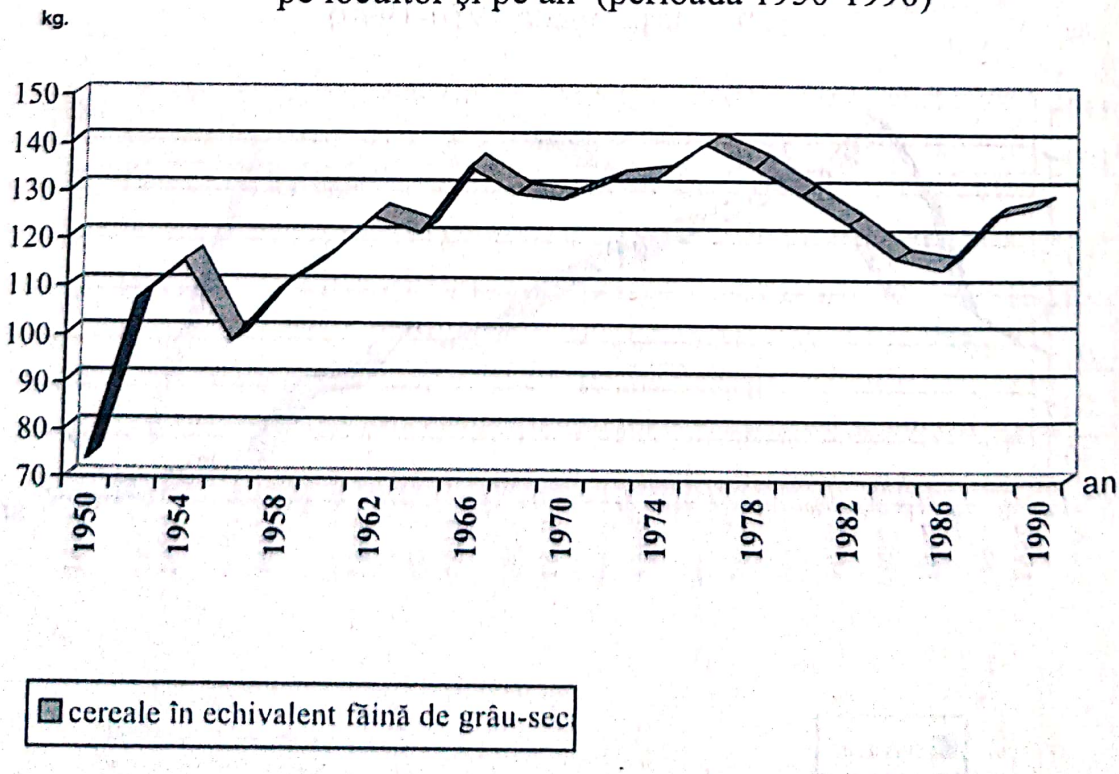


Fig.9

Consumul mediu la făină de grâu-secară,
pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)



Scanned with OKEN Scanner

Fig.10

Consumul mediu la făină de porumb,
pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

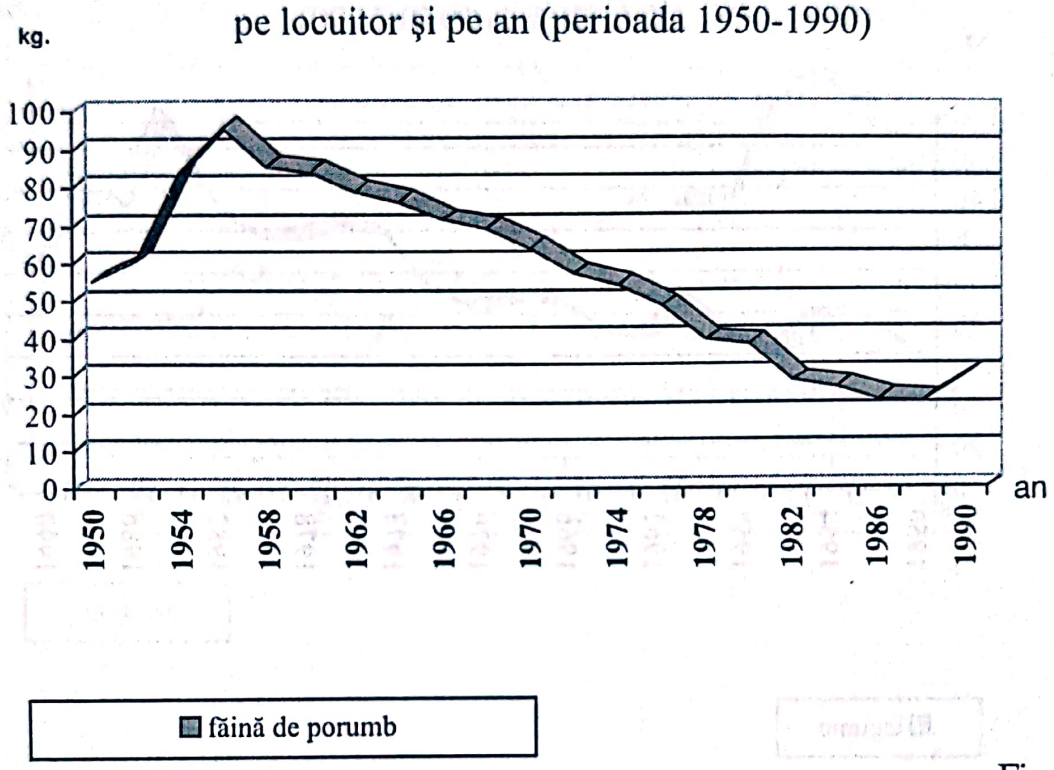


Fig.11

Consumul mediu de orez, pe locuitor şi pe a
(perioada 1950-1990)

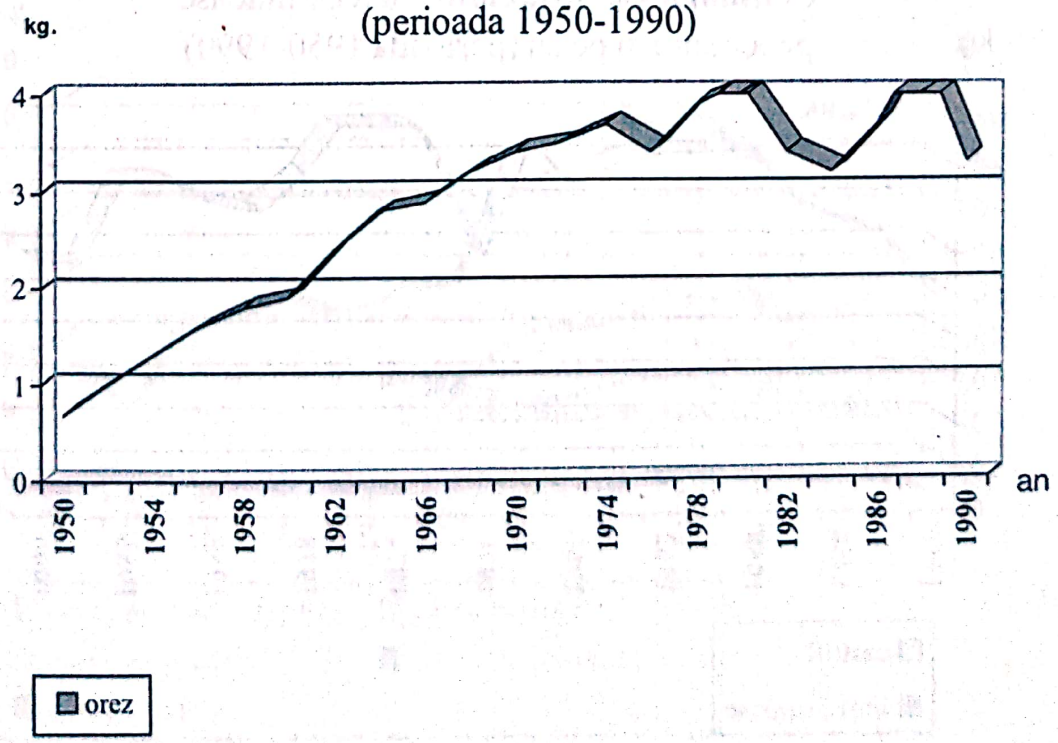


Fig.12

Consumul mediu la legume, pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

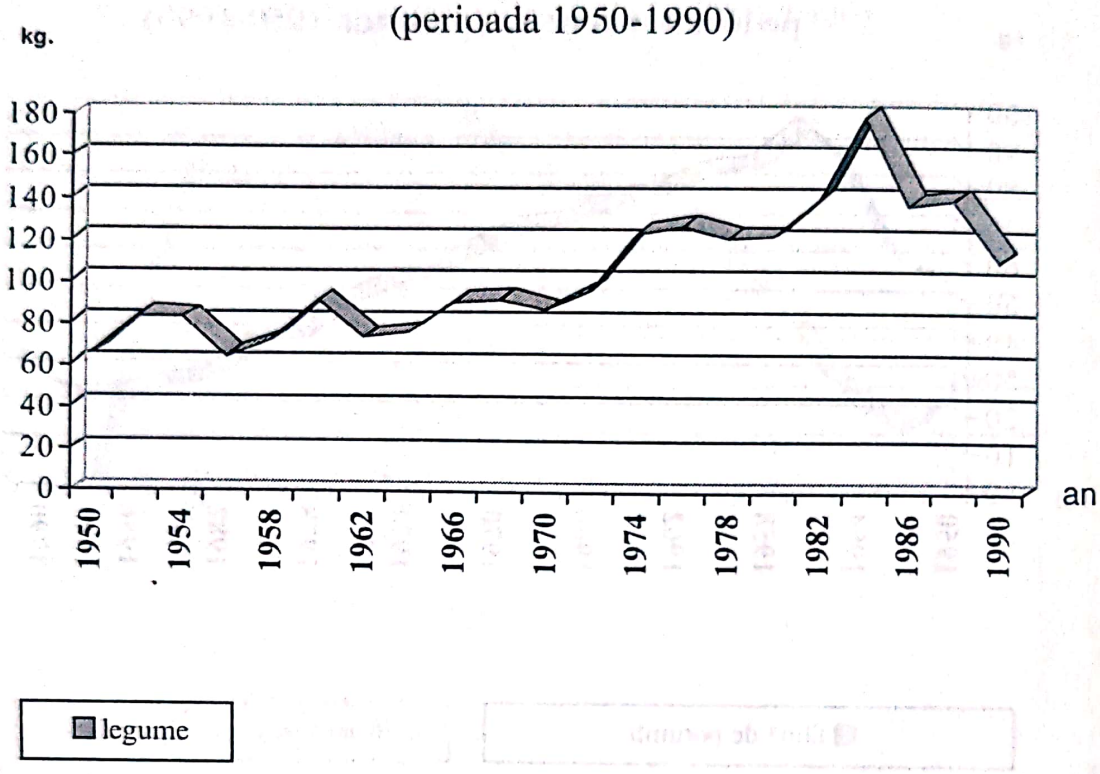


Fig.13

Consumul mediu la cartofi şi leguminoase pe locuitor şi pe an (perioada 1950-1990)

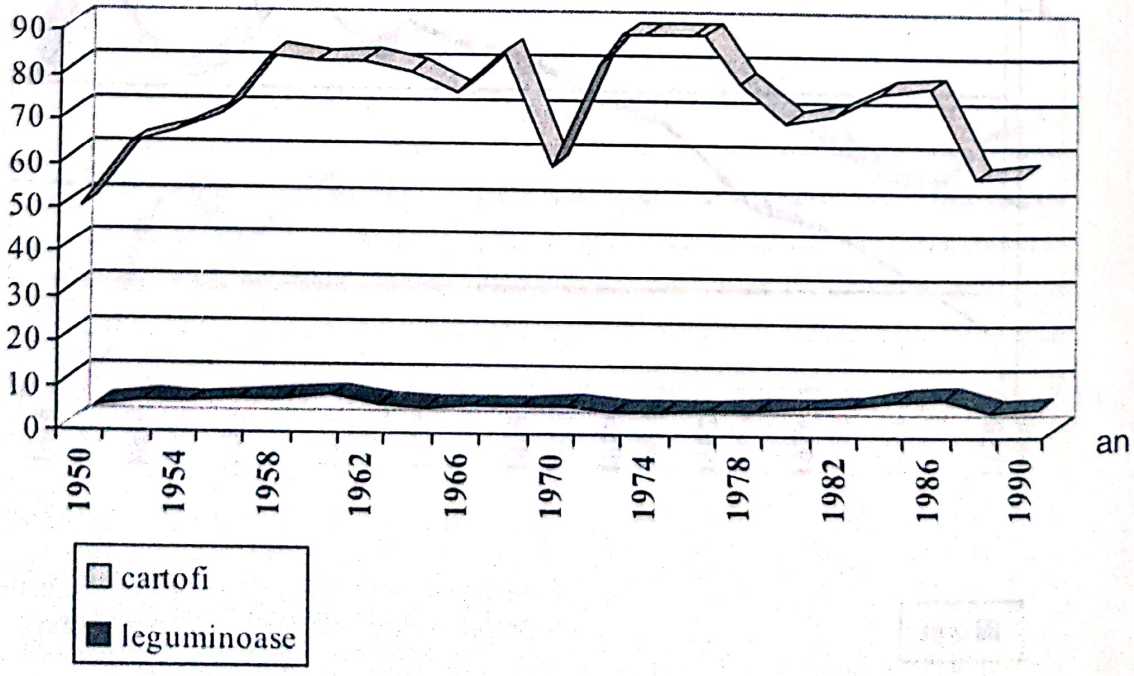


Fig.14

Consumul mediu la fructe, pe locuitor şi pe an
(perioada 1950-1990)

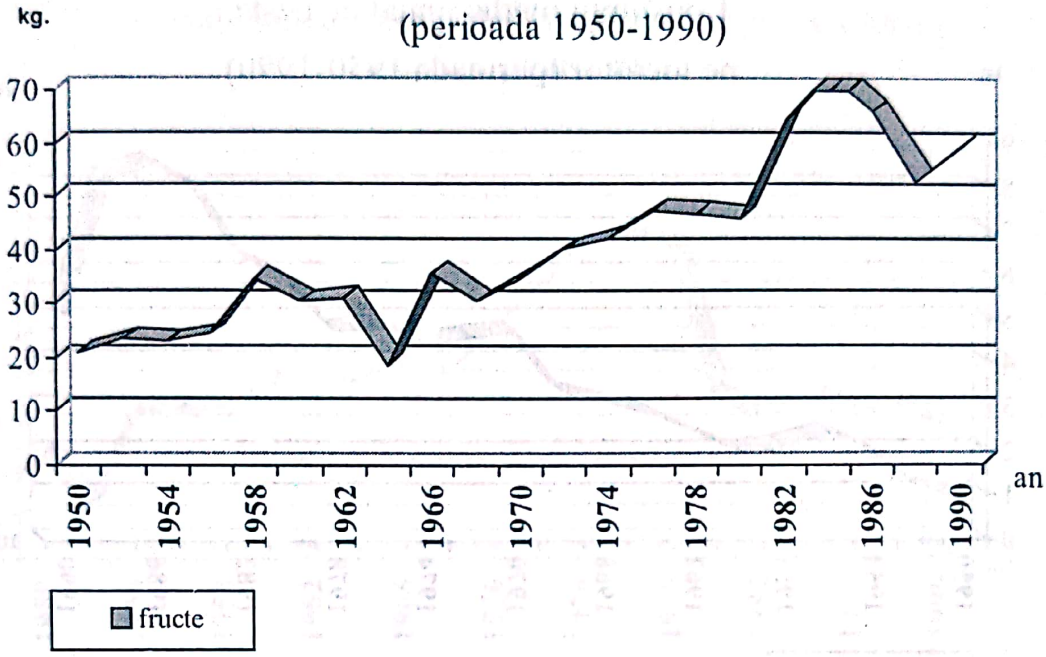


Fig.15

Consumul mediu la carne, pe locuitor
şi pe an (perioada 1950-1990)

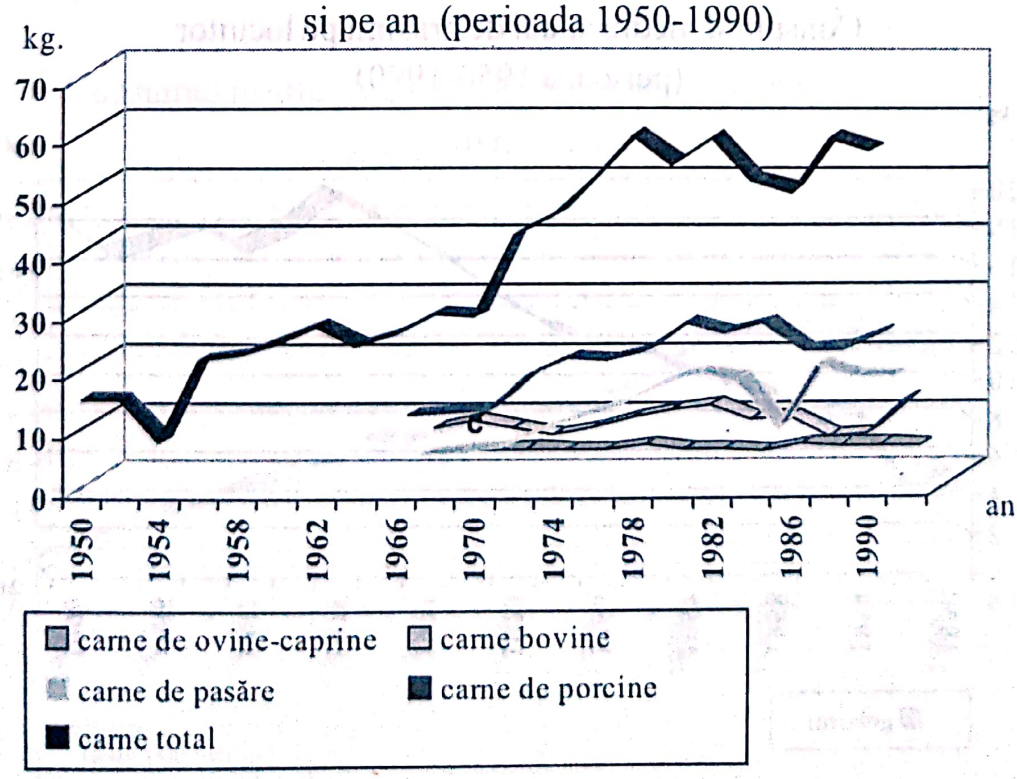


Fig.16

Consumul mediu anual de peşte
pe locuitor (perioada 1950-1990)

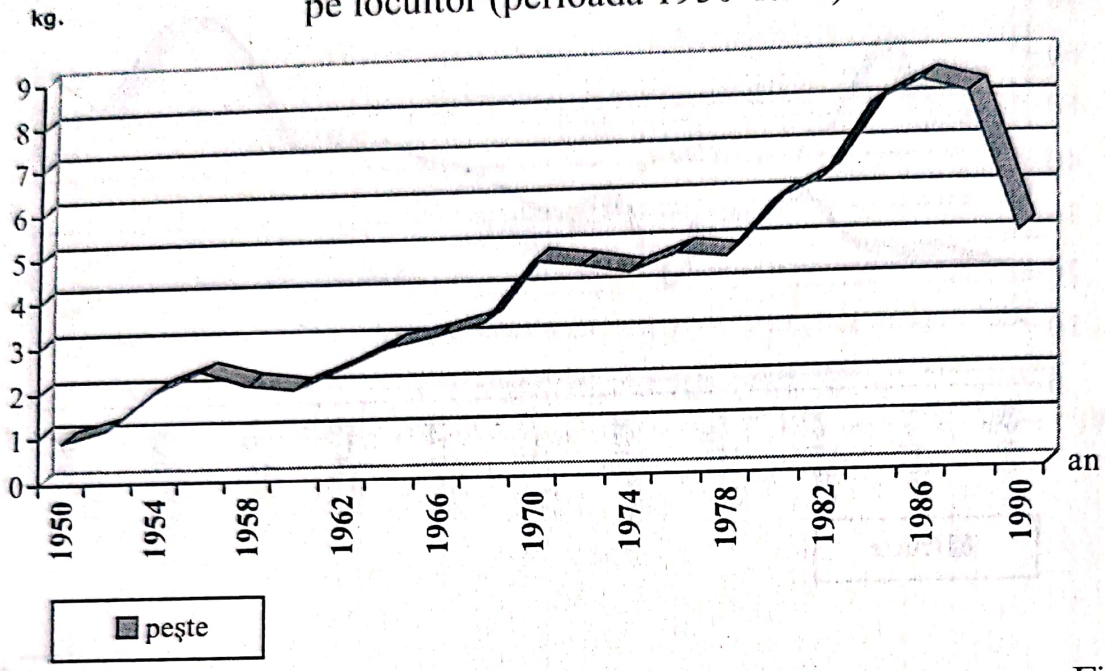


Fig.17

Consumul mediu anual de grăsimi pe locuitor
(perioada 1950-1990)

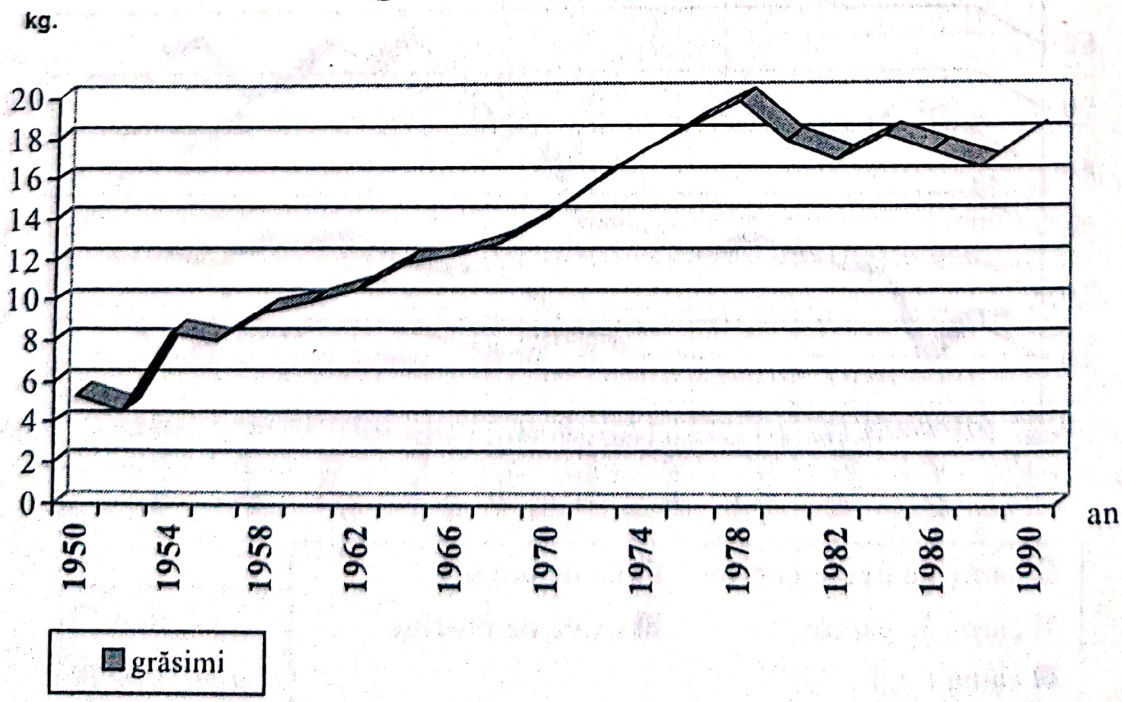


Fig.18

Consumul mediu anual de slănină-untură pe locuitor
(perioada 1950-1990)

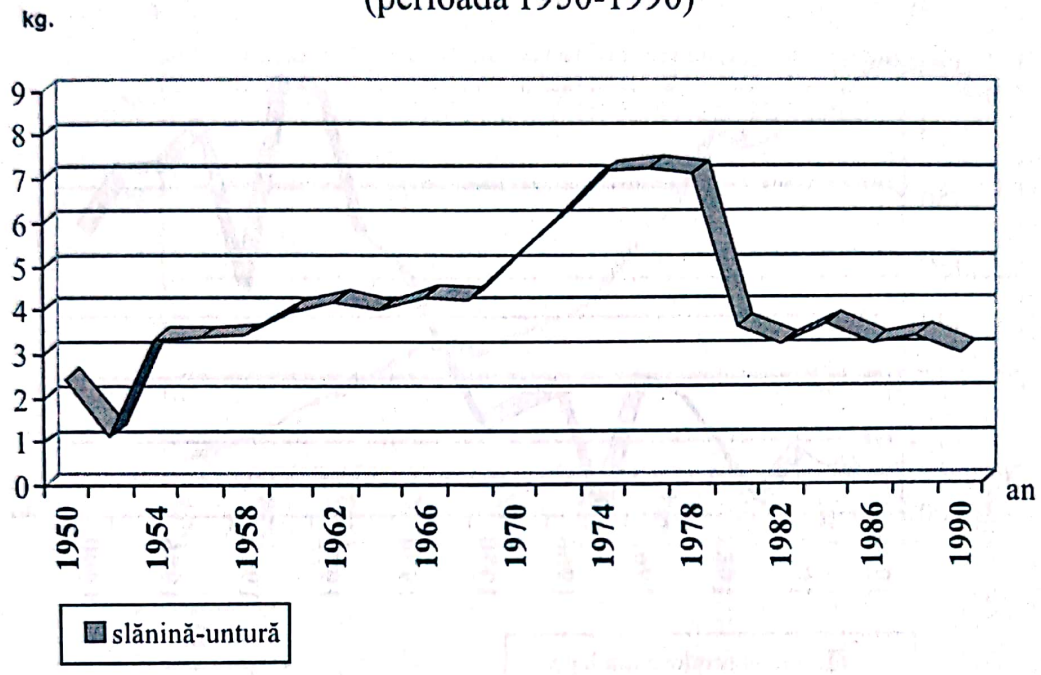
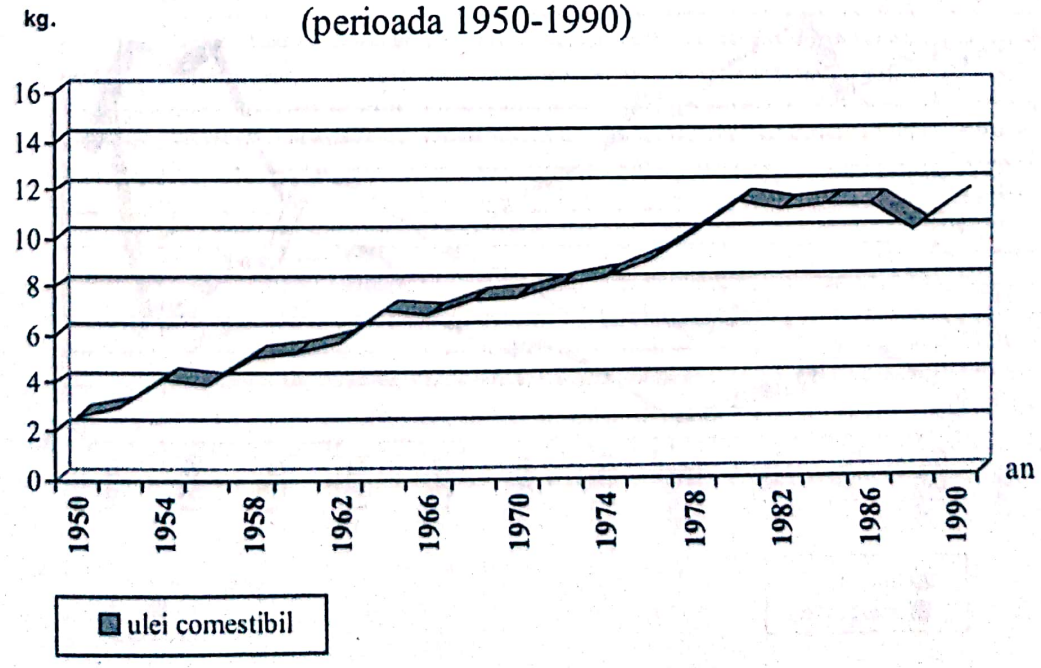


Fig.19

Consumul mediu anual de ulei comestibil/locuitor
(perioada 1950-1990)



Scanned with OKEN Scanner

Fig.20

Consumul mediu anual de lapte şi produse din lapte/locuitor
(perioada 1950-1990)

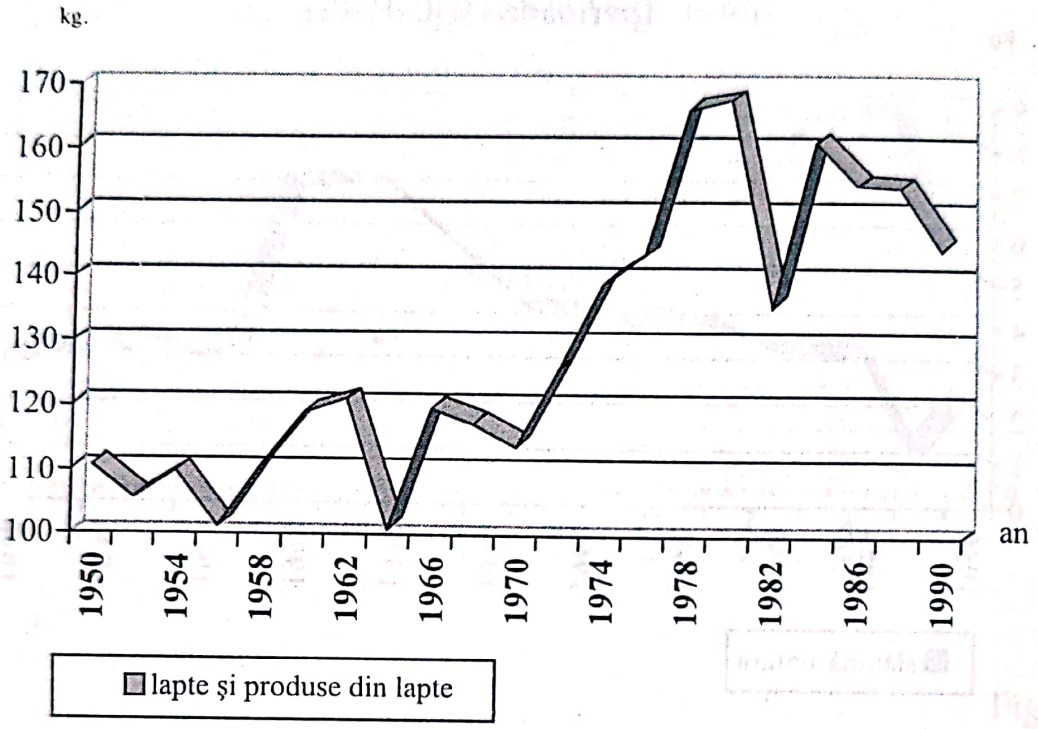


Fig.21

Consumul mediu anual de lapte şi produse din lapte/locuitor
(perioada 1950-1990)

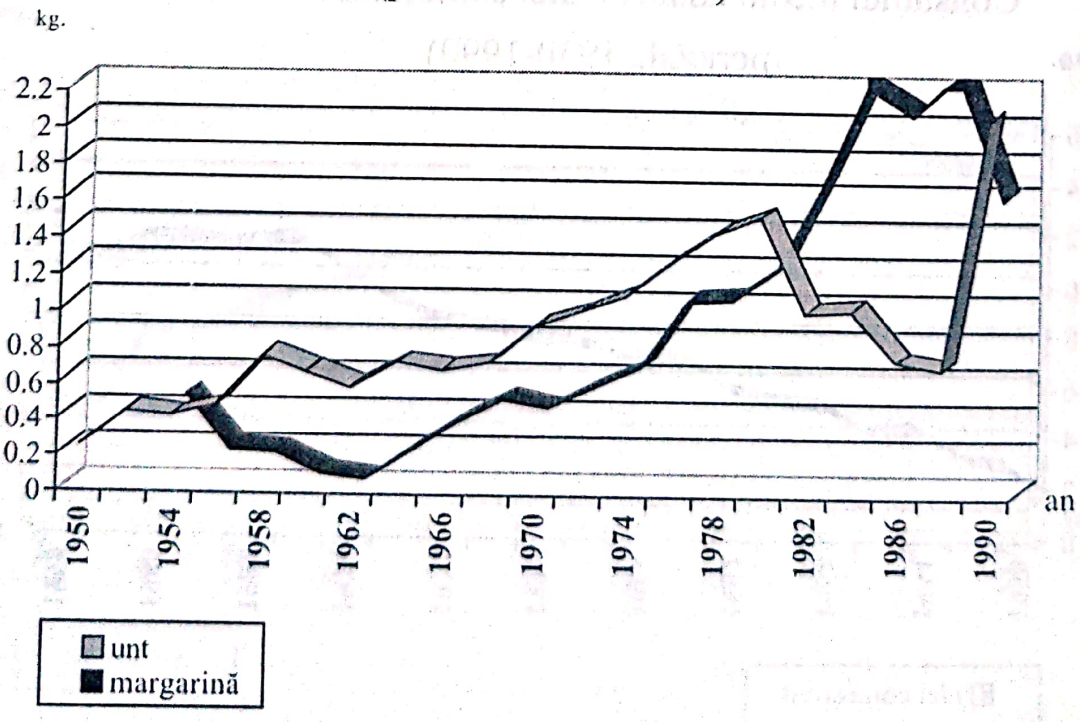


Fig.22

Consumul mediu anual de ouă/locuitor
(perioada 1950-1990)

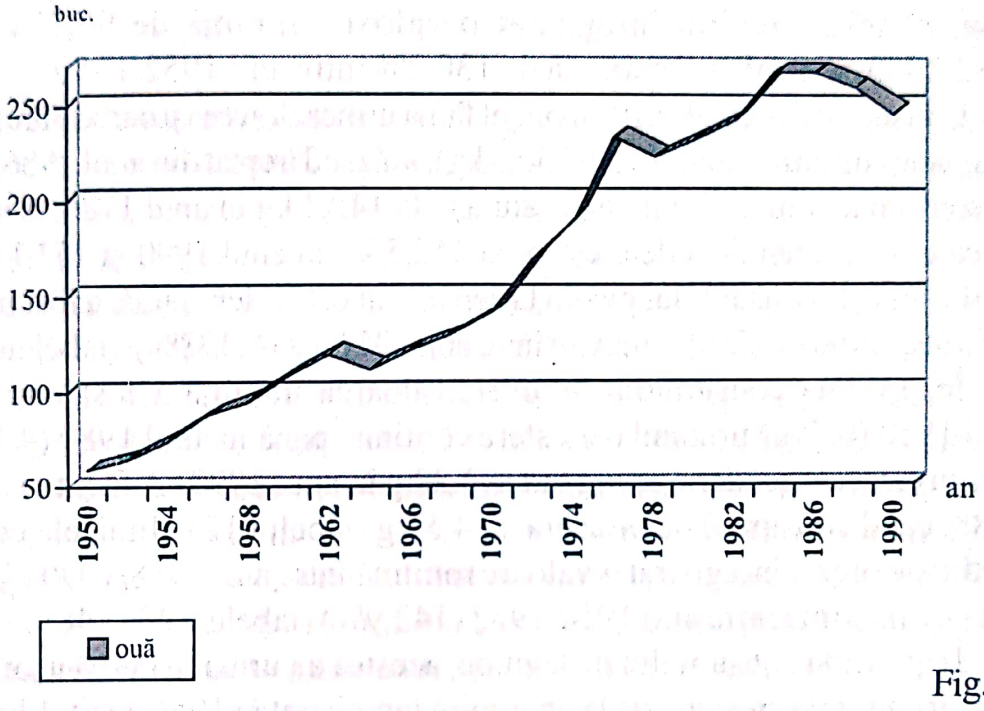
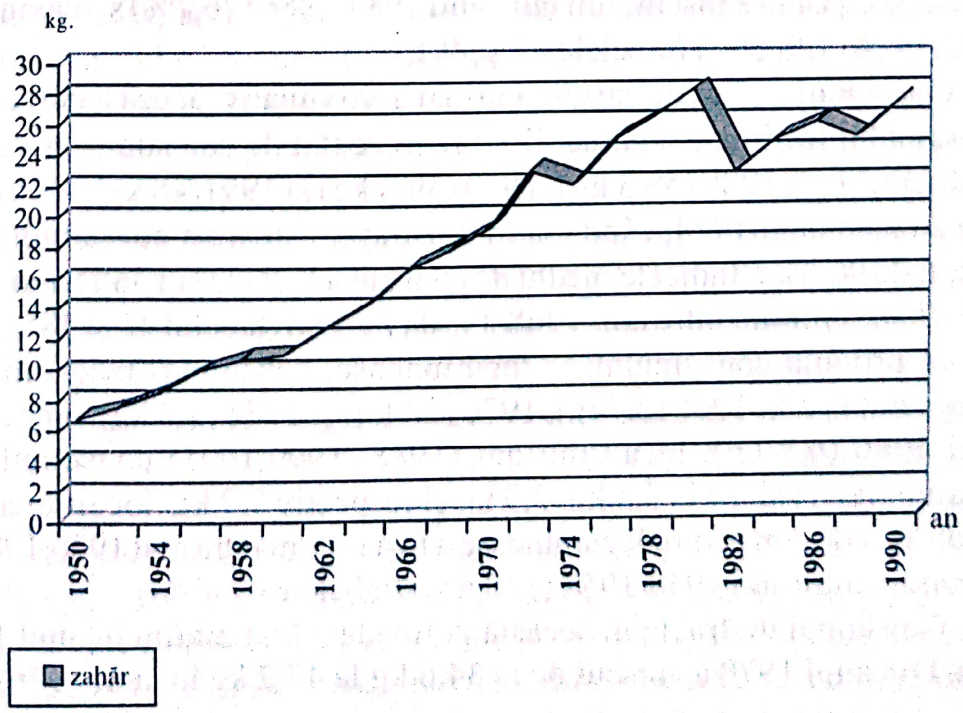


Fig.23

Consumul mediu de zahăr anual/ locuitor
(perioada 1950-1990)



Scanned with OKEN Scanner

Consumul mediu de grâu-porumb a fost minim în anul 1950 (154,8 kg) şi maxim în anul 1976 (252,9 kg). Din anul 1976 se observă o tendinţă continuă de scădere până la 185,6 kg în anul 1986, pentru ca în anul 1990 să ajungă la 210,3 kg, iar în anul 1991 să scadă la 189,0 kg. Indicele consumului mediu la grâu-secară-porumb a înregistrat o valoare minimă de 90,3% între anii 1982/1980 şi o valoare maximă de 130,2% între anii 1952/1950.

Consumul de cereale în echivalent făină urmează aceeaşi curbă, înregistrând un minim de consum în anul 1950 (130,5 kg), scăzând treptat din anul 1986, când de la un consum mediu de 209,6 kg se ajunge la 142,3 kg în anul 1986. A urmat după aceea o uşoară tendinţă de creştere la 152,5 kg în anul 1990 şi 153,1 kg în anul 1991. Indicele consumului mediu la cereale, în echivalent făină, a fost minim între anii 1982-1990 (90,2%) şi maxim între anii 1952-1954 (138%) (tabelele 47 şi 48).

În privinţa consumului de orez, valoarea minimă a fost înregistrată în anul 1950 (0,7kg) urmând o creştere continuă până în anul 1980 (4,1 kg) după care urmează o scădere, ajungând la 3,3 kg în anul 1990. A făcut excepţie anul 1988, când consumul de orez era de 4,5 kg (tabelul 12). Indicele consumului mediu de orez a înregistrat o valoare minimă între anii 1988/1990 (73,3%) şi o valoare maximă între anii 1950/1952 (142,9%) (tabelele 47 şi 48).

În privinţa consumului de legume, acestea au urmat o curbă uşor oscilantă, însă în continuă creştere, de la un minim înregistrat în 1956 de 65,1 kg şi în anul 1950 - 65,6 kg, până la un maxim de 179,3 kg în anul 1984, după care începe să scadă treptat, fiind în anul 1990 de 110,8 kg, iar în anul 1991 de 88,5 kg. Indicele mediu de consum a fost minim între anii 1984/1986 (76,7%) şi maxim, între anii 1982/1984 (128,3%) (tabelele 47 şi 48).

Consumul mediu de cartofi a urmat aproximativ aceeaşi curbă ca şi cea a consumului mediu de legume, fiind reprezentat de consumuri minime în anii 1950 (50,3 kg), 1988 (58,3 kg), 1990 (59,4 kg) şi 1991(48 kg). Vârful maxim a fost atins în anul 1974, când s-a înregistrat o valoare a consumului mediu de cartofi de 96,6 kg. Indicele mediu de consum a fost maxim între anii 1970/1972 (133,7%) şi minim între anii 1968/1970 (72,3%) (tabelul 47 şi 48).

În privinţa consumului de leguminoase, consumuri medii minime s-au înregistrat în anii 1968 (2,7kg), 1970 (2,9kg) şi 1974 (2,8 kg), iar cel maxim în anul 1986 (6,2 kg). În ultimii ani (1988, 1990,1991) consumul mediu de leguminoase a ajuns la 3,5 kg, 3,9 kg şi respectiv 3,2 kg /locuitor/ an. Indicele mediu de consum pentru leguminoase a fost minim între anii 1986/1988 (56,4%) şi maxim între anii 1950/1952 (140,6%) (tabelele 47 şi 48).

Consumul de fructe în această perioadă a fost minim în anul 1964 (18,6 kg). Din anul 1970 a crescut de la 34,6 kg la 47,2 kg în anul 1976, după care

Scanned with OKEN Scanner

începe să scadă până în anul1980 (45,8 kg). Din anul 1982 consumul mediu a crescut, maximul fiind atins în anul 1984 (73,3 kg). Din acest an se înregistrează din nou o scădere, în anul 1990 consumul ajungând la 59,5 kg, iar în anul 1991 la 45,7 kg. Indicele mediu de consum pentru fructe a înregistrat o valoare minimă (60,2%) între anii 1962/1964 (87,8%) şi maximă între anii 1982/1980 (140,8%).

Consumul de carne a crescut de la 16,7 kg anual/cap locuitor, cât se consuma în anul 1950, la un maxim de 62 kg anual/cap locuitor, cât se consuma în anul 1980. Din acest an consumul a scăzut, ajungând la 52,4 kg în anul 1988. În anul 1990 consumul de carne are o uşoară tendinţă de creştere (61 kg anual/cap locuitor) după care a scăzut din nou. Consumul maxim de carne de bovine a fost de 11,8 kg/cap locuitor în anul 1980 şi de 12,8 kg/cap locuitor în anul 1990. Consumul maxim de carne de porc a fost în anul 1980 (28,5 kg/cap locuitor). Consumul maxim de ovine şi caprine a fost în anul 1984 (4,1 kg/cap locuitor), iar consumul de carne de pasăre a fost maxim în anul 1986 (20,1 kg/cap locuitor). În ceea ce priveşte consumul de peşte, acesta a fost maxim în anul 1986 (6,65 kg/cap locuitor). Consumul mediu al tuturor sortimentelor de carne a fost minim în anul 1950, după care urmează o curbă ascendentă (tabelele 49 şi 50).

Consumul mediu total de grăsimi înregistrat a fost minim în anul 1952 (4,57 kg), crescând cu mici oscilaţii până în anul 1990 când se înregistrează valoarea medie de 18,15 kg, iar vârful maxim a fost atins în anul 1978 (19,80 kg). Consumul de slănină şi untură a fost minim în anul 1952 (1,14 kg) crescând la 7,11 kg în anul 1978, apoi a scăzut brusc până în anii 1990-1991 când s-au consumat în medie 3 kg/locuitor/an, respectiv 2,91 kg locuitor/an. Consumul mediu de unt a fost minim în anul 1950 (0,26 kg), apoi au urmat creşteri cu mici oscilaţii până în anul 1980 (1,55 kg) când a început să scadă. Vârful maxim a fost atins în anul 1990 (2,99 kg), după care în anul 1991 a urmat o scădere a consumului de unt (1,78 kg). Consumul mediu de ulei a înregistrat valori crescânde începând cu un nivel minim de 2,63 kg în anul 1950, ajungând în anul 1990 la 11,47 kg/locuitor/an. În anul 1991 consumul scade la 10,65 kg/ locuitor/an. În privinţa consumului mediu de margarină, valoarea minimă înregistrată a fost în anul 1962 (0,03 kg/locuitor/an), atingând valoarea maximă în anul 1988 (2,27 kg). Creşterea consumului la acest produs a început de fapt cu anul 1976 când a fost de 1,02 kg, atingând maximul de care am vorbit în anul 1988, pentru ca apoi să scadă în perioada 1990-1991 (1,59 kg/locuitor/an, respectiv 1,18 kg/locuitor/an). Indicele mediu de consum pentru grăsimi a înregistrat o valoare minimă între anii 1950/1952 (85,4%) şi o valoare maximă între anii 1952/1954 (183,9%); consumul de slănină-untură a fost minim între

Scanned with OKEN Scanner

anii 1950/1952 (46,3%) şi maxim între anii 1952/1954 (292,9%); consumul de ulei a avut un vârf minim între anii 1986/1988 de 90,5% şi un vârf maxim între anii 1952/1954 de 139,3%; consumul de unt a avut valoare minimă între anii 1980/1982 (66,4%) şi valoare maximă între anii 1988/1990 (290,3%), iar consumul de margarină a fost minim între anii 1958/1960 (35,3%) şi maxim între anii 1962/1964 de 663,3% (tabelele 49 şi 50).

Consumul mediu de lapte şi de produse din lapte (excluzând untul) a înregistrat un minim în anul1964 (100,9 kg/locuitor/an), fiind mai crescut în perioada anilor 1950-1962. Din anul 1966, când consumul a fost de 199,6 kg, valorile înregistrate scad până în anul 1970, după care cresc treptat până în anul 1980, când s-a înregistrat un consum de 167,6 kg. Până în anul 1990, deci într-o perioadă de 10 ani, consumul scade din nou, pentru ca în anul 1990 să fie de 144,4 kg. Indicele mediu al consumului de lapte şi derivate din lapte a fost minim între anii 1980/1982 (80,9%) şi maxim între anii 1982/1984 (118,6%).

Consumul mediu de ouă/locuitor/an a fost în continuă creştere, de la 59 bucăţi în anul 1950, la 268 bucăţi în anul 1984, 246 bucăţi în anul 1990 şi 241 bucăţi în anul 1991. Indicele mediu minim de consum pentru ouă a fost în perioada 1962/1964 de 93,3% şi maxim între anii 1974/1976 de 122,5% (tabelele 47 şi 48).

În ceea ce priveşte consumul de zahăr, valoarea medie minimă a fost întâlnită în 1950, aceasta fiind de 6,9 kg (locuitor/an, crescând treptat, cu mici oscilaţii, până în anul 1980 când s-a înregistrat un consum mediu maxim de 28,2 kg. Din anul 1980 consumul scade la 22,8 kg în anul 1982, urmând o uşoară creştere la 24,9 kg în anul 1984, 26 kg în anul 1986, 25 kg în anul 1988, 27,3 kg în anul 1990 şi 26,4 kg în anul 1991. Indicele mediu de consum pentru zahăr a fost minim între anii 1980/1982 (80,8%) şi maxim între anii 1970/1972 (119,2%) (tabel 49 şi 50).

Consumul de zahăr urmează curba consumului mediu de glucide, fiind răspunzător de creşterea aportului acestora, înregistrată mai ales după anul 1988.

Toată perioada luată în studiu s-a caracterizat deci printr-un mod de alimentaţie dezechilibrat; acesta şi-a pus amprenta asupra stării de sănătate a majorităţii grupelor de populaţie, în special a celor vulnerabile: copii, femei, vârstnici.

Astfel, în zonele în care aportul total caloric a fost depăşit (prin consum excesiv de lipide de origine animale şi de glucide) asistăm la o frecvenţă crescută a hiperponderabilităţii şi chiar a obezităţii, mai ales în rândul femeilor şi a adolescenţilor. Depăşirea greutăţii ideale a fost întâlnită în procente variabile, adesea însă ajungând 30-50%. Rata cea mai mare a hipoponderabilităţii se situa în rândul bărbaţilor şi vârstnicilor.

Datele de laborator au confirmat influenţa dietelor dezechilibrate hipercalorice, hiperlipidice şi uneori hiperglucidice asupra metabolismului individual. Din datele

Scanned with OKEN Scanner

anii 1950/1952 (46,3%) şi maxim între anii 1952/1954 (292,9%); consumul de ulei a avut un vârf minim între anii 1986/1988 de 90,5% şi un vârf maxim între anii 1952/1954 de 139,3%; consumul de unt a avut valoare minimă între anii 1980/1982 (66,4%) şi valoare maximă între anii 1988/1990 (290,3%), iar consumul de margarină a fost minim între anii 1958/1960 (35,3%) şi maxim între anii 1962/1964 de 663,3% (tabelele 49 şi 50).

Consumul mediu de lapte şi de produse din lapte (excluzând untul) a înregistrat un minim în anul1964 (100,9 kg/locuitor/an), fiind mai crescut în perioada anilor 1950-1962. Din anul 1966, când consumul a fost de 199,6 kg, valorile înregistrate scad până în anul 1970, după care cresc treptat până în anul 1980, când s-a înregistrat un consum de 167,6 kg. Până în anul 1990, deci într-o perioadă de 10 ani, consumul scade din nou, pentru ca în anul 1990 să fie de 144,4 kg. Indicele mediu al consumului de lapte şi derivate din lapte a fost minim între anii 1980/1982 (80,9%) şi maxim între anii 1982/1984 (118,6%).

Consumul mediu de ouă/locuitor/an a fost în continuă creştere, de la 59 bucăţi în anul 1950, la 268 bucăţi în anul 1984, 246 bucăţi în anul 1990 şi 241 bucăţi în anul 1991. Indicele mediu minim de consum pentru ouă a fost în perioada 1962/1964 de 93,3% şi maxim între anii 1974/1976 de 122,5% (tabelele 47 şi 48).

În ceea ce priveşte consumul de zahăr, valoarea medie minimă a fost întâlnită în 1950, aceasta fiind de 6,9 kg (locuitor/an, crescând treptat, cu mici oscilaţii, până în anul 1980 când s-a înregistrat un consum mediu maxim de 28,2 kg. Din anul 1980 consumul scade la 22,8 kg în anul 1982, urmând o uşoară creştere la 24,9 kg în anul 1984, 26 kg în anul 1986, 25 kg în anul 1988, 27,3 kg în anul 1990 şi 26,4 kg în anul 1991. Indicele mediu de consum pentru zahăr a fost minim între anii 1980/1982 (80,8%) şi maxim între anii 1970/1972 (119,2%) (tabel 49 şi 50).

Consumul de zahăr urmează curba consumului mediu de glucide, fiind răspunzător de creşterea aportului acestora, înregistrată mai ales după anul 1988.

Toată perioada luată în studiu s-a caracterizat deci printr-un mod de alimentaţie dezechilibrat; acesta şi-a pus amprenta asupra stării de sănătate a majorităţii grupelor de populaţie, în special a celor vulnerabile: copii, femei, vârstnici.

Astfel, în zonele în care aportul total caloric a fost depăşit (prin consum excesiv de lipide de origine animale şi de glucide) asistăm la o frecvenţă crescută a hiperponderabilităţii şi chiar a obezităţii, mai ales în rândul femeilor şi a adolescenţilor. Depăşirea greutăţii ideale a fost întâlnită în procente variabile, adesea însă ajungând 30-50%. Rata cea mai mare a hipoponderabilităţii se situa în rândul bărbaţilor şi vârstnicilor.

Datele de laborator au confirmat influenţa dietelor dezechilibrate hipercalorice, hiperlipidice şi uneori hiperglucidice asupra metabolismului individual. Din datele

Scanned with OKEN Scanner

prezentate se remarcă frecvenţa unor valori mari ale lipidelor plasmatice, colesterolului şi trigliceridelor, la cei hiperponderali sau obezi.

Dezvoltarea dizarmonică a copiilor şi a tinerilor întâlnită în studiile efectuate între 1986 şi 1990, anemiile frecvent întâlnite la aceştia precum şi la femei, au fost corelate cu consumul mic de proteine.

*
* *

Revenind asupra studiilor efectuate, încercând să însumăm rezultatele lor şi să le comparăm cu datele statistice, putem ajunge la unele aprecieri generale privind alimentaţia poporului român în perioada 1950-1990.

Astfel, în privinţa aportului caloric total, dacă în anul 1950 a fost întâlnită valoarea medie minimă de 1 806 calorii zi/locuitor, după acest an, această valoare continuă să crească treptat, atingând un nivel maxim în anul 1978 de 3 284 calorii zi/locuitor. Asistăm, în general, după anul 1964, la un aport caloric normal sau adesea crescut. Aportul caloric total al respectivei perioade s-a făcut pe seama consumului crescut de glucide şi lipide.

Referindu-ne la consumul total mediu de proteine pe locuitor şi pe zi, putem spune că el a atins un nivel maxim în anul 1978 (102 g), scăzând treptat, mai ales după anul 1984. Ponderea cea mai ridicată o deţineau proteinele de origine vegetală, consumul de proteine de origine animală fiind net inferior pentru întreaga perioadă luată în studiu. Această situaţie se datora pe de o parte consumului redus de proteine de origine animală (carne, lapte şi derivate din lapte), consumul crescut de ouă (mai ales în mediul rural) neputând acoperi deficitul acestora, iar pe de altă parte consumului excesiv de produse de origine vegetală (leguminoasele uscate, derivate cerealiere).

Consumul mediu zilnic de lipide totale a fost în continuă creştere începând cu anul 1950 (101 g) până în anul 1990 când a început să scadă. Comparativ cu aceste date statistice, studiile efectuate începând cu anii 1972-1973 pun în evidenţă aportul crescut al lipidelor totale, pe seama celor de origine animală (untură, slănină, carne grasă de porc).

În privinţa consumului mediu de glucide, acesta a crescut până în anul 1976 (509 g), urmând ca apoi să scadă treptat; din anul 1988 curba a devenit din nou ascendentă. Această situaţie statistică este evidenţiată şi de studiile efectuate pe grupe de populaţie, remarcându-se consumul exagerat de leguminoase uscate şi produse cerealiere, consum ce a stat la baza aportului crescut de glucide în general (cu precădere până în anul 1976) şi al unui consum crescut de produse zaharoase (după anul 1988).

Scanned with OKEN Scanner

În privința aportului de săruri minerale şi vitamine, studiile nutriționale au evidențiat deficitul de calciu, fosfor, fier, mai ales la copii, femei şi vârstnici, precum şi deficitul de vitamine din complexul B. Aceste deficiențe au fost corelate cu consumul redus de lapte şi derivate din lapte, legume şi fructe, deficiențe ce marchează întreaga perioadă luată în studiu.

Sintetizând datele studiilor nutriționale şi datele statistice referitoare la consumul principalelor grupe de alimente, rezultă următoarele aspecte:

- Dacă până în anul 1950 ponderea în consumul de cereale a fost marcată de porumb, prin consum crescut de mămăligă, aliment nelipsit şi chiar preponderent în alimentația țăranului român, după anul 1950, locul porumbului a fost luat de grâu şi secară. Consumul de mămăligă a fost înlocuit de consumul pâinii, existând însă până nu de mult în zone în care au fost consumate împreună.

- Consumul de orez, în continuă creştere după anul 1950, a contribuit în parte la aportul crescut de glucide, cel puțin până în anul 1976, la acest consum adăugându-se şi cel al leguminoaselor uscate, a căror pondere maximă în alimentație a fost marcată în anul 1986.

- Legumele şi fructele au fost consumate în cantități reduse pe întreaga perioadă luată în studiu. Consumul maxim de legume şi fructe a fost întâlnit în anul 1984. După anul 1984 consumul lor a început să scadă treptat. Chiar şi în anul în care au fost consumate în cantități mai mari, s-au întâlnit mari deficiențe vitaminice constatate în urma studiilor nutriționale. Consumul lor redus a explicat în parte şi consumul total mediu scăzut de glucide între anii 1976 şi 1984.

În privința consumului de carne, chiar şi când acesta a fost maxim (62 kg/ locuitor în anul 1980), nu a putut acoperi necesarul de proteine de origine animală, ponderea redusă a acestora din urmă din alimentație coincizând cu reducerea consumului de carne în aceeaşi perioadă.

Consumul mediu maxim de grăsimi de origine animală (untură-slănină) a fost înregistrat în anul 1978 (7,11 kg), fiind în continuă scădere până în prezent. Consumul de unt a avut o pondere scăzută în aportul acestora. Consumul de ulei a atins un nivel maxim în anul 1990 (11,47 kg/locuitor/an), scăzând treptat până în prezent. Acest reprezentant al uleiurilor vegetale a avut o pondere redusă în aportul crescut de lipide totale înregistrat în studiile nutriționale prezentate în paginile anterioare.

Consumul de lapte şi produse din lapte a înregistrat o curbă ascendentă între anii 1970 şi 1980, vârful maxim fiind atins în anul 1991 (197,7 kg). Cu toate acestea, consumul acestor produse a fost insuficient pe toată perioada luată în studiu, contribuind la aportul scăzut de proteine animale, mai ales după anul 1984.

Consumul de ouă, deşi în continuă creştere până în anul 1984, mai ales în mediul rural, nu a reuşit să acopere necesarul de proteine de origine animală.

Scanned with OKEN Scanner

În privinţa consumului de zahăr, acesta urmează curba consumului mediu de glucide, fiind răspunzător de creşterea aportului acestora, înregistrat mai ales după anul 1988.

Toată perioada luată în studiu s-a caracterizat deci printr-un mod de alimentaţie dezechilibrat; acesta şi-a pus amprenta asupra stării de sănătate a majorităţii grupelor de populaţie, în special a celor vulnerabile: copii, femei, vârstnici.

Bibliografie selectivă

Albu A., Malciolu D., Dumitrache S., Mirea E., David B., Luncă S., Cocora D., *Cunoaşterea alimentaţiei şi a stării de nutriţie, la populaţia rurală din zona de câmpie a Munteniei*, a XX-a sesiune ştiinţifică a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1993, 15.

Brătianu I.G. *Une enigme et un miracle historique: le peuple roumain*, ediţie îngrijită de Brezeanu St., Bucureşti, 1988.

Cocora D., Dumitrache S., Mirea E., Lunca S., *Cunoaşterea structurii alimentaţiei şi a stării de nutriţie a personalului muncitor - femei de vârstă fertilă - din Întreprinderea „Tânăra Gardă" din Bucureşti*,1990, date necomunicate şi nepublicate, aflate în arhiva Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti.

Constantiniu Fl., *O istorie sinceră a poporului român*, Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1999.

Daicoviciu C., *Originea poporului român după cele mai noi cercetări*, în vol. *Unitate şi continuitate în istoria poporului român*, Ed. Academiei, Bucureşti, 1968.

Dumitrache S., Păun R.S., Daghie V., Nicolau N., Cocora D., Pîrvan C. şi colaboratorii, *Structura alimentaţiei şi starea de nutriţie a unor eşantioane de populaţie din localităţile rurale*, a XII-a consfătuire „Zilele diabetologiei româneşti", Cluj-Napoca, 1986.

Scanned with OKEN Scanner

Dumitrache S., Stăncescu B., *Influenţa urbanizării asupra condiţiilor de alimentaţie ale populaţiei*, simpozionul „Urbanizare şi sănătate", organizat de Academia de Ştiinţe Medicale şi Institutul de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1977.

Dumitrache S., Cocora D., Albu A., *Cercetări efectuate în perioada 1986-1990 privind alimentaţia şi starea de nutriţie a populaţiei din ţara noastră*, a XXVI-a sesiune ştiinţifică a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1991, 55.

Dumitrache S., Albu A., *Aspecte din alimentaţia unor colectivităţi rurale în anii 1980-1985*, sesiunea ştiinţifică cu tema „Alimentaţia ţăranului în România", organizată de Societatea de Istorie şi Retrologie Agrară din România, Bucureşti, 1992.

Dumitrache S., Cocora D., Albu A., Mirea E., Dunca S., *Alimentaţia şi starea de nutriţie a persoanelor internate în căminele de bătrâni*, a XVII-a sesiune ştiinţifică a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1992, 56.

Dupin H., Debry G., *Besoins nutritionnels et apports conseillés pour la satisfaction de ces besoins*, Encyclopedie medico-chirugicale, Paris,1982.

Giurescu C.D., *Formarea poporului român*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1973.

Giurescu C.C., Giurescu Dinu C., *Istoria românilor din cele mai vechi timpuri şi până astăzi*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1975.

Gonţea I., Şuţescu P., *Raţia alimentară*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1956.

Gonţea I., *Alimentaţia raţională a omului*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

Mehedinți S., *Vechimea poporului român și legătura cu elementele alogene*, Ed. Cartea Românească, Bucureşti, 1925.

Mehedinți S., *Fazele geografice ale istoriei*. Observații geopolitice, „Revista geografică română", an III, f.II-III, 1940.

Mihăilescu M., Păun R., Daghie V., Niculau N. și colaboratorii., *Unele aspecte din alimentația populației noastre rurale*, a XXVII-a sesiune științifică a Institutului de Igienă și Sănătate Publică, Bucureşti, 1982, 52.

Mincu I., *Alimentația rațională a omului*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1978.

Mincu I., *Noțiuni elementare de alimentație*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1982.

Mincu I., *Impactul om-alimentație*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1983.

Mincu I., *Alimentația și rolul său în dezvoltarea individului*. Raport la Congresul al XIV-lea de Nutriție, octombrie 1998, Iaşi.

Mincu I., Păun R., Dumitrache S., *Problemele actuale ale alimentației în țara noastră* - raport general prezentat la a VIII-a sesiune științifică a Academiei de Ştiințe Medicale, Bucureşti, 1977.

Popescu Al., *Probleme economice și de gospodărie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1970.

Tănăsescu C., *Igiena copilului și adolescentului. Tratat de igienă*, vol.III, Ed. Medicală, Bucureşti, 1986.

*** Conférence Internationale sur la Nutrition.

*** Conférence Internationale sur la Nutrition „Déclaration mondiale sur la nutrition et plan d'action", Roma, F.A.O. et O.M.S., Decembre, 1982.

Scanned with OKEN Scanner

*** Date statistice - Arhiva Centrului Național de Statistică, Bucureşti

*** Norme de alimentație rațională propuse de Clinica de Nutriție şi Boli Metabolice a Spitalului „dr. I. Cantacuzino", Bucureşti, 1980, 1981.

*** Recommendations on Nutrient Intake - German Society of Nutrition, 5th revised edition, 1991.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA A III-A
STRUCTURA SOCIO-ECONOMICĂ, NIVELUL DE TRAI ŞI STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DE TRANZIŢIE (1990-1998)

„Nu este nimic mai puternic decât adevărul şi uneori nimic mai ciudat".
John Webster (c. 1580 - c. 1624), autor eglez

CAPITOLUL I
1. STRUCTURA SOCIO-ECONOMICĂ A POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DE TRANZIŢIE

Populaţia României era, la data de 31 decembrie 1998, de 22 503 803 locuitori din care 12 348 803 locuitori în mediul urban (54,87%) şi 10 155 000 locuitori în mediul rural (45,13%). Din acest total 11 012 400 persoane erau de sex masculin (48,43%), iar 11 491 403 persoane erau de sex feminin (51,07%) (vezi tabel 1).

Situaţia populaţiei la 31 decembrie 1998 (în funcţie de medii şi sexe)

Tabel1

Total locuitori din care:				Total locuitori din care:			
în mediul urban	% din total	în mediul rural	% din total	Persoane de sex masculin	% din total	Persoane de sex feminin	% din total
12 348 803	54,87%	10 155 000	45,13%	11 012 400	48,90%	11 491 403	51,10%
Total locuitori: 22 503 803							

Din analiza cifrelor pe grupe de vârste, reiese că pentru grupa de vârstă cuprinsă între 0 şi 14 ani inclusiv, procentul este de 19,10% din populaţie. Dacă se ia ca definiţie noţiunea emisă de UNICEF, şi anume „prin copil se înţelege orice fiinţă umană sub vârsta de 18 ani", în România la data de 31 decembrie 1998 existau 5 320 920 copii (23,64%). Dacă se analizează procentul reprezentat de numărul copiilor în perioada 1989 -1998 se observă că acesta prezintă o scădere continuă.

Situaţia copiilor cu vârste între 0 şi 14 ani
(% din totalul populaţiei) în perioada 1989 -1998

Tabel 2

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
28,8%	28,6%	28,2%	28,0%	27,4%	26,7%	26,0%	25,3%	24,6%	23,64

Scanned with OKEN Scanner

1.1. Evoluția principalilor indicatori demografici la nivelul întregii țări în perioada 1989-1998[1]

a. Natalitatea (indici la 1 000 de locuitori)

De la 16,0‰ în anul 1989, natalitatea a scăzut într-un ritm constant, ajungând la 10,5‰ în anii 1997 şi 1998, fenomen îngrijorător care trebuie stopat pentru a evita ca populația României să scadă (vezi graficul nr.1). Cauzele trebuie căutate atât în liberalizarea avorturilor după anul 1989, dar şi în degradarea nivelului de trai, şi în greutățile pe care le întâmpină tinerii în formarea unei familii şi asigurarea unei vieți decente.

b. Mortalitatea generală (indici la 1 000 de locuitori)

Comparativ cu situația natalității, mortalitatea generală a crescut de la 10,7‰ în anul 1989 la 12,4‰ în anul 1997, scăzând apoi foarte puțin la 12‰ în anul 1998, fenomenul datorându-se pe de o parte înrăutățirii nivelului de trai, iar pe de altă parte îmbătrânirii populației. Dacă asupra natalității se poate interveni mai greu, fenomenul fiind dependent de dorința şi de voința de a naşte copii, asupra mortalității există mai multe posibilități de acțiune, ea fiind influențată de o mulțime de factori asupra cărora se poate interveni, şi anume: creşterea nivelului de trai, creşterea calității asistenței medicale, creşterea gradului de cunoştințe medicale ale întregii populații, conştientizarea necesității medicinii preventive etc. (vezi graficul 1).

c. Sporul natural

Direct dependent de natalitate şi de mortalitatea generală, sporul natural a scăzut de la 5,3‰ în anul 1989 la -1,9‰ în anul 1997 şi la -1,5% în anul 1998, devenind pentru prima oară negativ în anul 1992, respectiv -0,2‰. Deficitul de populație a crescut de la -0,2‰ în anul 1992, într-un ritm constant, ajungând la -1,5‰ în anul 1998. Ca urmare, populația României a scăzut în perioada analizată de la 23152 000 locuitori la 22 503 000 locuitori, diminuare datorată sporului natural scăzut. Cel mai mic spor natural (mai corect spus cel mai mare deficit de populație s-a înregistrat în anul 1996, acesta fiind -2,4‰) (vezi graficul1).

d. Mortalitatea infantilă

Acest indicator reprezintă numărul de decese la copii cu vârsta între 0 şi 1 an raportat la 1 000 născuți vii, indicator ce a cunoscut în perioada 1989-1998 o

[1]Sursa: Direcția Generală de Statistică a Ministerului Sănătății

evoluţie oscilantă, menţinându-se printre cele mai ridicate din Europa (22,7‰ născuţi vii în anul 1989, respectiv 22‰ în anul 1997 şi 20,5‰ în anul 1998, cu un vârf maxim negativ în anul 1990, adică 26,9‰, respectiv minim în anul 1995, adică 21,2‰). Indicator foarte important în aprecierea nivelului de trai al unei ţări, mortalitatea infantilă rămâne în continuare foarte crescută în România.

În această perioadă, principalele cauze de deces la copiii cu vârsta între 0 şi 1 an au fost următoarele: bolile aparatului respirator (35,3% - 34,6%), cauze perinatale (14,3%-26,0%), anomalii congenitale (18,9% - 22,9%).

Influenţa prematurităţii şi distrofiei, cauze asociate decesului infantil, este relativ constantă, afectând în jur de 60% din decesele copiilor aparţinând acestei categorii de vârstă.

Deşi începând cu anul 1990 numărul deceselor în spital şi maternitate a scăzut, acestea continuă să rămână preponderente în toată perioada analizată (78,0% în anul 1989, respectiv 80% în anul 1997 şi 78,0% în anul 1998). Fenomenul se poate datora atât slabei adresabilităţi a familiei către unităţile sanitare de profil, dar şi carenţelor în asistenţa medicală de specialitate. În anul 1997, dintre cei internaţi în spital, 21,5% au decedat în primele 24 ore, restul deceselor putând fi puse şi pe seama deficienţelor în asistenţa medicală acordată.

e. Mortinatalitatea

Mortinatalitatea, indice care reprezintă numărul de născuţi morţi la 1 000 născuţi vii+morţi, are o tendinţă de scădere de la 7,6 ‰ în anul 1989 la 6,1‰ în anul 1996, urmată de o uşoară creştere la 6,2‰ în anul 1997, respectiv la 6,3‰ în anul 1998.

f. Mortalitatea maternă

Mortalitatea maternă, calculată ca număr de decese prin complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei la 1 000 născuţi vii, scade simţitor de la 1,7‰ în anul 1989 la 0,40‰ în anul 1997, determinată în principal de diminuarea deceselor prin avort (de la 1,48‰ la 0,18‰). Cauza acestei evoluţii pozitive este liberalizarea avorturilor după decembrie 1989. Mortalitatea maternă prin risc obstetrical se menţine în anul 1998 egală cu cea din 1989 (0,22‰) cu toate că, deşi există o tendinţă de scădere, aceasta este mai puţin evidentă ca la mortalitatea prin avort.

g. Avorturile

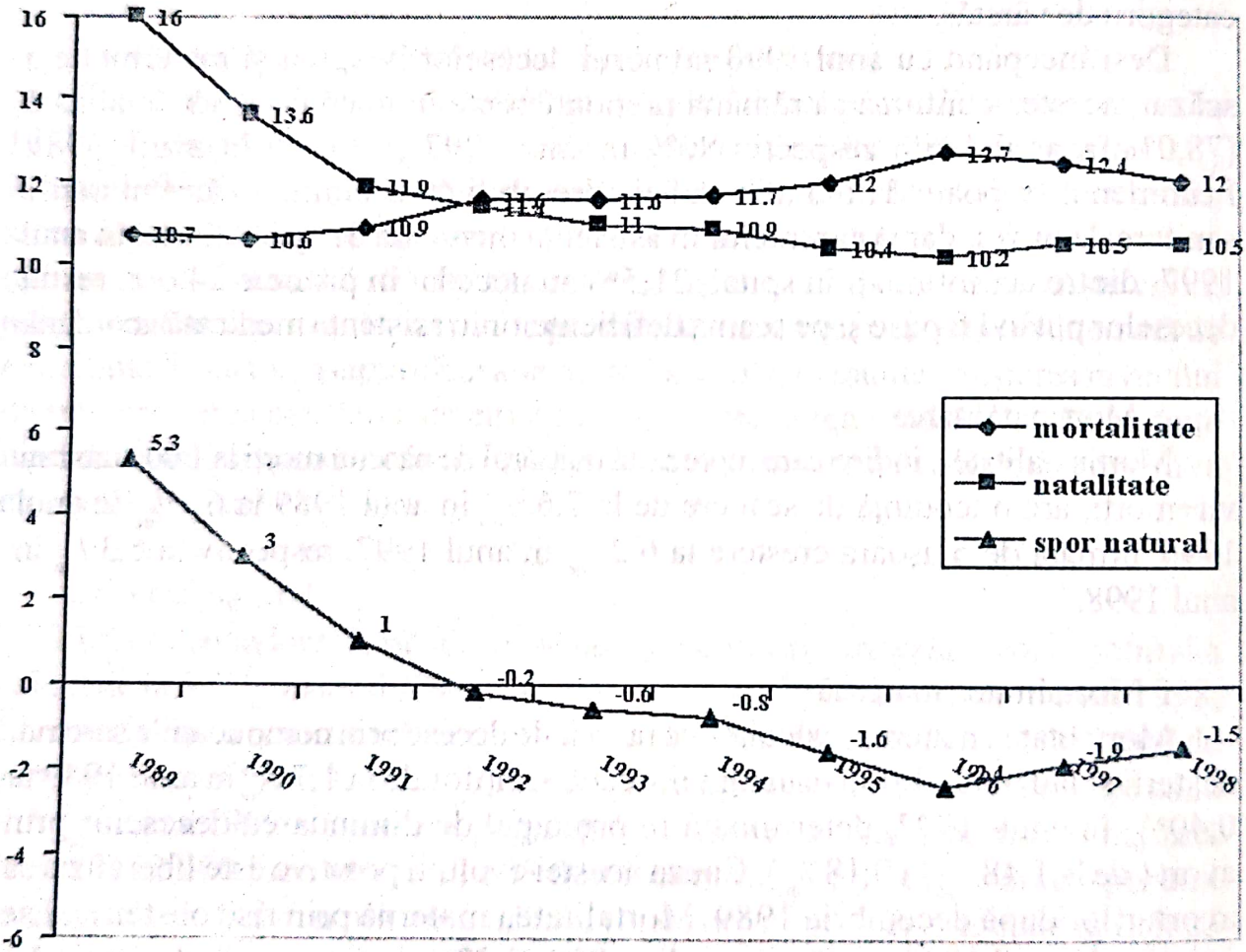
Ca urmare a liberalizării avorturilor după anul 1989, indicele de avorturi la 1 000 născuţi vii a crescut brusc de la 522,5‰ în anul 1989 la 3 152,6‰ în anul 1990. Menţinându-se la valori foarte ridicate, acest indicator a urmat după anul

Scanned with OKEN Scanner

1990 o curbă descendentă ajungând în anul 1998 la 1 465,3‰ (vezi graficul 3). Această evoluție poate fi pusă și pe seama efectelor benefice ale activității de planing familial care se face tot mai simțită în România.

Grafic 1

Natalitatea, mortalitatea generală și sporul natural în România (perioada 1989-1998)[2]

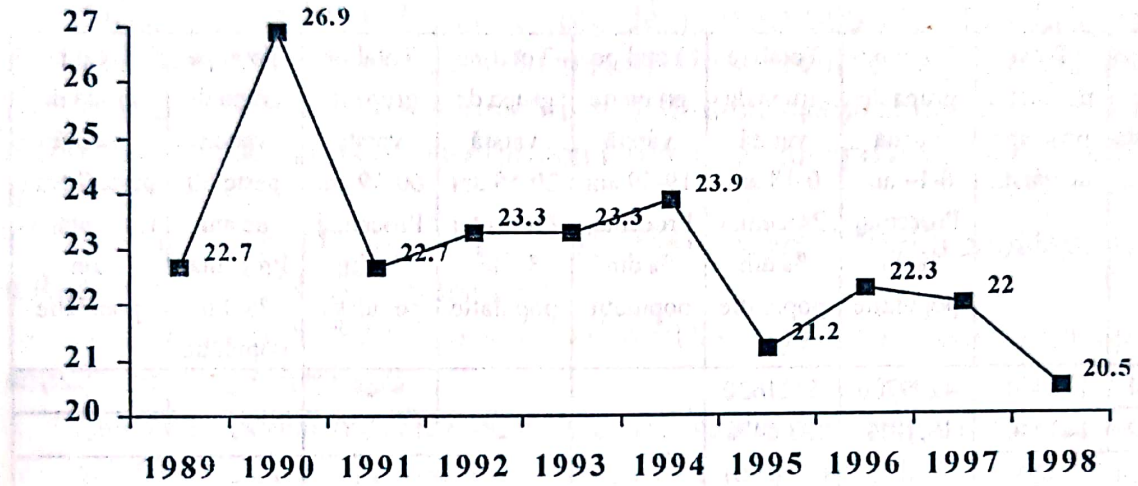


[2]Pentru primele 9 luni din anul 1999 datele demografice sunt: mortalitatea generală 11,9 ‰ (similară cu cea aparținând aceleași perioade a anului 1998), mortalitatea infantilă pentru copii cu vârsta sub un an 10,7‰ (față de 10,8‰ înregistrată în primele 9 luni ale anului 1998), sporul natural -1,2 (față de -1,1) și natalitatea 10,7 ‰ (față de 10,8 ‰ în primele 9 luni din anul 1998).

Scanned with OKEN Scanner

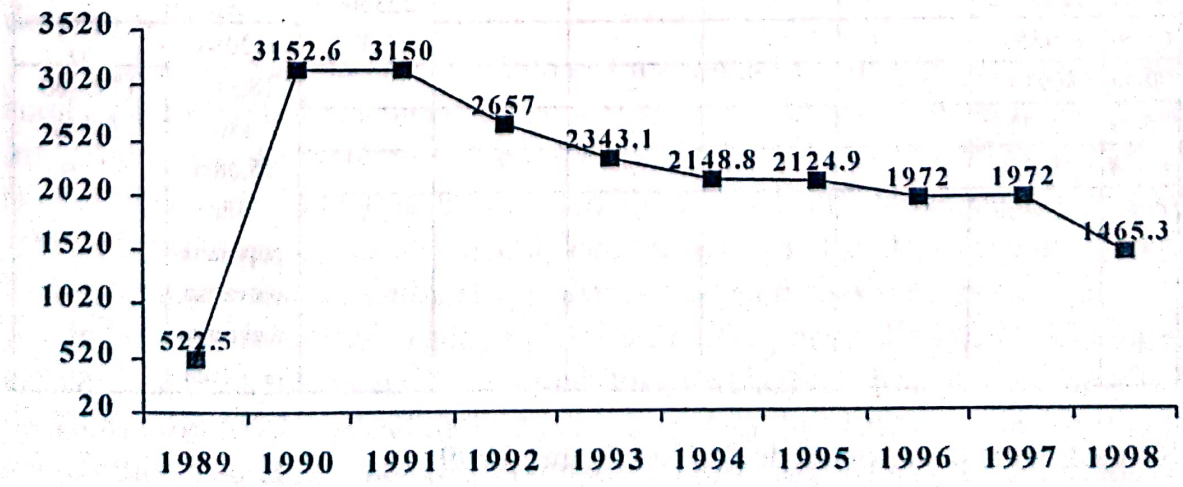
Grafic 2

Evoluţia mortalităţii infantile (0-1 an) în România
(perioada 1989-1998)



Grafic 3

Evoluţia avorturilor în România
(perioada 1989-1998)



Scanned with OKEN Scanner

În funcție de grupa de vârstă, la data de 31 decembrie 1998 populația României era structurată conform tabelului 3.

Tabel 3

Structura populației pe grupe de vârstă la 31 decembrie 1998

Grupa de vârstă (ani)	Total populație pe grupe de vârstă	Total pe grupa de vârstă 0-14 ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă 0-18 ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă 19-59 ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă 20-59 ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă 60-69 ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă peste 60 de ani Procentaj % din populație	Total pe grupa de vârstă peste 70 ani Procentaj % din populație
0-4	1164400	4299700 19,10%)	5321620 23,64%	-	-	-	-	-
5-9	1432400			-	-	-	-	-
10-14	1702900			-	-	-	-	-
15-18	1021920	-		-	-	-	-	-
19-20	757486	-	-	11089386 49,27%	-	-	-	-
20-24	1971500	-	-		10331900 45,91%	-	-	-
25-29	1840900	-	-			-	-	-
30-34	1530800	-	-			-	-	-
35-39	1397900	-	-			-	-	-
40-44	1672600	-	-			-	-	-
45-49	1569600	-	-			-	-	-
50-54	1154200	-	-			-	-	-
55-59	1165900	-	-			-	-	-
60-64	1236500	-	-	-	-	2335000 10,37%	-	-
65-69	1098500	-	-	-	-		4120600 18,31% sau 25,08% din populația cu vârsta mai mare de 20 ani	-
70-74	869100	-	-	-	-	-		1785600 7,93%
75-79	521700	-	-	-	-	-		
80-84	216700	-	-	-	-	-		
Peste 85	178100	-	-	-	-	-		

Sursa: Comisia Națională de Statistică, anul 1999.

Scanned with OKEN Scanner

Factorii care concură la scăderea demografică dramatică a populaţiei României, care a scăzut de la 23 152 000 locuitori în 1989 la 22 503 803 locuitori în anul 1998, sunt: mortalitatea crescută la copiii cu vârsta cuprinsă între 0 şi 1 an (22,0 % în anul 1997 faţă de 20,5% în anul 1998), natalitatea în continuă scădere (10,5/1000 locuitori) şi mortalitatea generală crescută (12,4 $^{o}/_{oo}$ în anul 1997 faţă de 12 $^{o}/_{oo}$ în anul 1998). Rezultă că populaţia României are o pronunţată tendinţă de îmbătrânire.

Populaţia activă a României era de 11 520 000 locuitori la data de 31 decembrie 1998 (persoane care lucrează fie în sectorul de stat, fie în cel privat). Dintre aceştia 28% lucrau în sectorul privat (19% dintre aceştia lucrând ca nesalariaţi, ei fiind membri de familie ai celor din conducerea unităţilor private, 7% erau salariaţi, iar 2% patroni).

Exista la acea dată un număr de 1 183 000 şomeri (12% din populaţia activă a României) şi 5 787 532 pensionari.

Din totalul de 5 787 532 pensionari, 4 018 695 primeau pensii de asigurări sociale după cum urmează:

2 840 083 pensionari care beneficiau de pensie pentru limită de vârstă;

549 614 pensionari care beneficiau de pensie de invaliditate;

628 998 pensionari care beneficiau de pensie de urmaş.

Diferenţa până la cifra totală de pensionari este reprezentată de pensionari agricultori (1 699 141 pensionari), pensionari care beneficiază de ajutor social (10 496 pensionari) şi pensionari I.O.V.R. (39 200 pensionari).

De menţionat este faptul că în luna iulie 1999 numărul pensionarilor a atins cifra de 5 913 000 adică cu 3,1% mai mult decât la data de 31 decembrie 1998. Aceasta reprezintă 44,37% dintre adulţii cu vârsta între 18 şi 62 ani împliniţi sau 53,39% dintre adulţii cu vârsta între 20 şi 62 ani împliniţi, procente greu suportabile în orice societate.

Tot în luna iulie 1999 numărul de salariaţi era de 5 044 800, cu 264 300 mai puţini decât la data de 31 decembrie 1998 (Comisia Naţională de Statistică, decembrie 1999).

Pe plan naţional, şomajul în România a evoluat în anul 1999 în sens pozitiv, acesta scăzând de la 12%, procentaj existent în luna februarie 1999, la 11,3% cât se înregistra la data de 31 iulie 1999, când existau 1 114 222 şomeri. Până la sfârşitul anului 1999 vom asista însă la o disponibilizare crescută de personal, respectiv 109 312 persoane de la 665 agenţi economici (au fost deja disponibilizate 12 409 persoane din cifra estimată a persoanelor ce vor fi disponibilizate).

În luna ianuarie 1999 exista un procent de 12% şomeri din totalul populaţiei active (1 184 000 locuitori). Rata şomajului a fost la finele lunii octombrie 1999 de 10,8% din totalul populaţiei active, iar la data de 31 decembrie 1999 rata şomajului era de 11,5%, adică aproximativ 1,1 milioane şomeri. Zonele unde se

Scanned with OKEN Scanner

întâlnea cea mai ridicată rată a şomajului erau cele din nordul ţării (14,4%), iar rata cea mai scăzută de şomaj se înregistra în zonele din nord-vestul ţării (9,3%).

Judeţele cu cea mai mare rată a şomajului erau: Hunedoara (19,6%), Botoşani (18,4%), Neamţ (18,1%), Brăila (16,9%), Vaslui (15,7%), Galaţi (15%), Sălaj (14,2%). Cea mai mică rată a şomajului se înregistra în judeţele Satu Mare (5,3%), Teleorman (5,5%), Bihor (5,7%), Ilfov (5,8%), Vrancea (6,6%), Giurgiu (7,4%) precum şi în municipiul Bucureşti (5,5%).

Indemnizaţiile medii lunare erau, la sfârşitul lunii octombrie 1999, de 532 932 lei ajutor de şomaj, 246 883 lei pentru alocaţie de sprijin şi 295 753 lei ajutor de integrare profesională. Acestea sunt sume derizorii în raport cu evoluţia inflaţiei şi scăderea puterii de cumpărare. Există şomeri care nu primesc nici un fel de indemnizaţie.

Asistăm în aceste regiuni şi la existenţa unui procent ridicat de şomeri cărora le-au expirat perioadele de acordare a plăţilor compensatorii. La nivel naţional există peste 400 000 şomeri cărora le-au expirat perioadele de acordare a plăţilor compensatorii, ceea ce procentual înseamnă 35,84% din totalul şomerilor înregistraţi.

Din numărul total de şomeri 74% sunt muncitori, 23,1% sunt persoane cu studii medii şi 2,9% persoane cu studii superioare. În lunile noiembrie şi decembrie 1999 un număr de 81 534 şomeri nu au mai beneficiat de alocaţia de sprijin. Cei mai afectaţi sunt tinerii. Distribuţia şomerilor care au drept la ajutor de şomaj (ajutor de şomaj în medie de 300000 lei) se prezintă astfel: 26,1% sunt persoane care au vârsta sub 25 ani, 11,4% sunt persoane care au vârsta între 25 şi 29 de ani, 24,6% au vârsta între 30 şi 39 ani, 27,1% au vârsta între 40 şi 49 ani, 8,9% sunt persoane cu vârsta între 50 şi 55 ani, iar 2,2% sunt persoane cu vârsta peste 55 ani. Femeile reprezintă 47,1% din numărul de şomeri înregistraţi. O parte din aceste date se regăsesc în graficul 4 şi figura 1.

Repartiţia salariaţilor în perioada 1997-1999 este structurată astfel:

Tabel 3

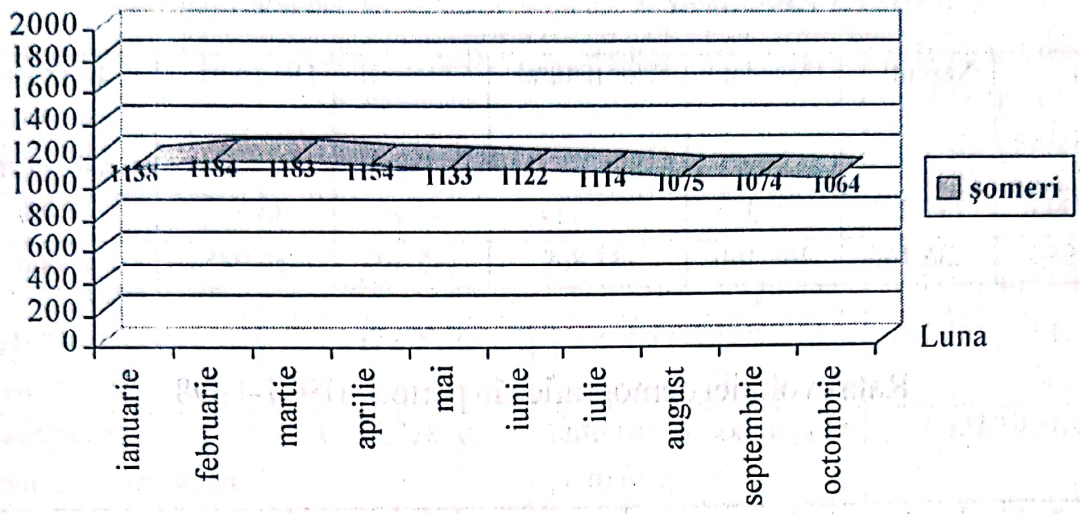
Data	05.12.1997	31.12.1998	31.12.1999	Ponderea sectorului privat în totalul salariaţilor
Nr.total salariaţi	5 399 000	5 024 800	4 778 200	28,3%
Nr.salariaţi sector de stat	3 871 154	2 602 846	2 475 107	48,2%
Nr. salariaţi sector privat	1 527 946	2 421 954	2 303 093	48,2%

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, anii 1997-1999.

Scanned with OKEN Scanner

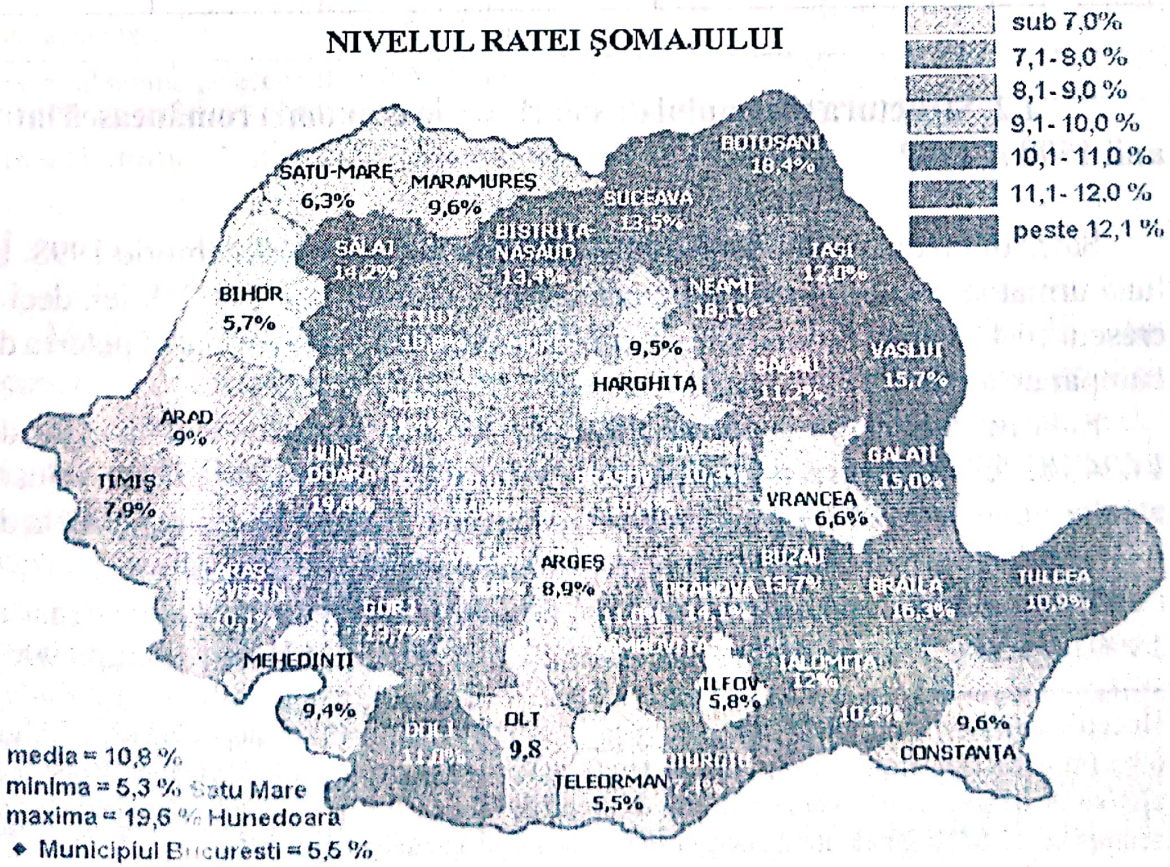
Grafic 4

Nr.total şomeri (mii persoane) în lunile ianuarie-octombrie 1999



Sursa: Comisia Naţională de Statistică, date publicate în ziarul „România Liberă" din 26 noiembrie 1999.

Fig.1



Tabel 4

Evoluția demografică în perioada 1997-1998 (în cifre absolute)

An	Născuți	Decedați	Spor natural	Căsătorii	Divorțuri	Decedați cu vârsta sub un an
1997	237 297	279 315	-42,424	147 105	34 752	5 209
1998	236 166	269 166	-31,869	145 303	39 985	4 868

Tabel 5

Rata evoluției demografice în perioada1997-1998

An	Născuți	Decedați	Spor natural	Căsătorii	Divorțuri	Decedați cu vârsta sub un an
1997	10,5	12,4	-1,9	6,5	1,54	22,0
1998	10,5	12,0	-1,5	6,5	1,78	20,5

1.2. Structura sistemului de salarizare în economia românească între anii 1998 şi 1999

Salariul mediu pe economie era 1 191 510 lei în luna decembrie 1998. În luna următoare salariul mediu pe economie a crescut la 1 294 259 lei, deci a crescut cu 4,3% față de luna anterioară; însă, având în vedere inflația, puterea de cumpărare a crescut cu numai 1,4% .

Salariul mediu pe economie a ajuns în luna august 1999 la cifra de 1 624 183 lei, iar salariul minim pe economie la cifra de 450 000 lei (la o valoare a dolarului de 16 423 lei şi a mărcii germane de 8 775 lei). În cepând cu data de 1 februarie 2000 salariul minim pe economie va fi de 700 000 lei[3].

Puterea de cumpărare era, de fapt, similară cu cea din februarie - martie 1999 (circa 89,7% față de luna decembrie 1998 şi circa 61% față de anul 1990).

[3] Începând cu 1 aprilie 2000 la o serie de bugetari (70 000) mărirea salariilor va fi între 37,5% şi 65% (ministere, aparatul Guvernului, sănătate, cercetare, sport, cultură, navigație). Pensiile şi ajutoarele de şomaj nu se vor corela însă cu prețurile. Tot de la 1 aprilie 2000 telefoanele se vor scumpi cu 17,62%, iar căldura, energia electrică, apa şi gazul metan cu 19%.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 6

Salariul net în România la data de 28 septembrie 1999

Salarii sub 1 500 000 lei		Salarii peste 1 500 000 lei	
Sector de activitate	Salariul net/sector de activitate	Sector de activitate	Salariul net/sector de activitate
Agricultură	1 199 787 lei	Transporturi aeriene	5 022 159 lei
Industria textilă	1 204 787 lei	Instituţii financiare şi bancare	4 511 138 lei
Industria confecţiilor	1 307 735 lei	Companii de asigurare	4 071 406 lei
Industria pielăriei şi încălţămintei	1 147 100 lei	Industria minieră	2 711 254 lei
Industria de prelucrare a lemnului	1 211 328 lei	Industria de extracţie a petrolului	2 698 195 lei
Construcţii metalice	1 379 634 lei	Industria de prelucrare a ţiţeiului şi cărbunelui	2 659 257 lei
Produse mobilier	1 295 543 lei		
Hoteluri-restaurante	1 195 641 lei		
Transporturi pe apă	1 410 004 lei		
Învăţământ	1 340 122 lei		
Salariul minim pe economie: 450 000 lei			

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, anul 1999.

1.3. Structura socio-economică în mediul rural

Mediul rural ocupă 89% din suprafaţa ţării şi este locuit numai de 45% din populaţie. Dintr-un total de 3,7 milioane locuinţe, doar 20% sunt dotate cu instalaţii de apă în interior şi doar 10% cu instalaţii de canalizare. Mai mult de jumătate din comune nu dispun de o instalaţie publică de distribuţie a apei potabile, 61% din populaţia rurală nu are acces direct la reţeaua majoră rutieră şi feroviară. În ce priveşte populaţia satelor în perioada 1966-1998 s-au înregistrat scăderi cu peste 80%.

Satul românesc s-a aflat în situaţie critică în deceniile V şi VI, când agricultura s-a colectivizat (perioada 1949-1962) prin intervenţia brutală a statului, care a avut drept rezultat desfiinţarea unei clase sociale principale în România, adică ţărănimea, precum şi a proprietăţii pământului agricol.

După decembrie 1989 are loc tranziţia spre economia de piaţă şi în mediul rural. În acest sector tranziţia către economia de piaţă, declanşată de Legea nr.18/

Scanned with OKEN Scanner

1991, se află în continuare în plină desfăşurare. Publicarea legii nr.1/03.01.2000 în „Monitorul Oficial" al României, denumită şi „Legea Lupu", referitoare la dreptul de proprietate agricolă al ţăranilor, are ca efect mărirea la 50 ha de pământ a acesteia, dând şi un alt conţinut pieţei agricole. Toate aceste legi promulgate de Parlamentul României au fost şi vor fi insuficiente dacă nu se vor crea posibilităţi de capitalizare prin bănci agricole care să le susţină, şi dacă la baza administrării nu va exista un management modern şi eficient.

Tranziţia a dus în aceşti zece ani la o fază de declin al producţiei agricole, iar lipsa de perspective poate să ducă chiar la denaturarea conceptului de tranziţie.

În perioada anilor 1975-1985, efectele declinului demografic s-au simţit pe plan naţional. cu preponderenţă în mediul rural. În România, unde familia se baza pe cât mai mulţi copii (în special cea din mediul rural, unde în medie existau 6-8 copii în fiecare familie) asistăm de-a lungul secolului al XX-lea la o scădere a numărului de copii la fiecare generaţie în parte. La sfârşitul secolului al XX-lea, în medie numărul copiilor născuţi din fiecare cuplu este de 1-1,2 (în timp ce în Ungaria, spre exemplu, fiecare cuplu are în medie 2-3 copii, iar rromii au 6-7 copii). Sporul natural continuă să scadă. Astfel, în anul 1960 acesta era +9,7 la 1000 de locuitori; în anul 1967: + 9,3 la 1000 de locuitori; în anul 1989: +5,3 la 1000 de locuitori; în anul 1992: -0,2 la 1000 de locuitori; în anul 1997: -1,9 la 1000 de locuitori şi în anul 1998: -1,5 la 1000 de locuitori.

Implicaţiile regresului demografic în mediul rural influenţează procesul de tranziţie.

S-a observat că o dată cu reducerea numărului familiilor şi a gospodăriilor rurale are loc şi un proces de supraîmbătrânire a populaţiei din mediul rural precum şi creşterea numărului populaţiei inactive. Această depopulare a spaţiului rural, care continuă şi după anul 1991 duce în mod inevitabil la dispariţia multor gospodării. În acest sens, are loc creşterea numărului localităţilor rurale care au sub 500 de locuitori. În Dobrogea, dintr-un număr de 317 aşezări rurale doar 14,5% înregistrează o creştere a populaţiei.

Sărăcia şi mai ales lipsa de bani, generată de faptul că ţăranii trăiesc la limita subzistenţei din producţia agricolă obţinută cu mijloace tehnice rudimentare în propriile gospodării, accentuează lipsa oricărei perspective (meseriaşii nu mai au servicii, iar proprietarii de pământ nu au unelte, animale de muncă, seminţe de calitate şi îngrăşăminte - mijloace care stau la baza prosperităţii lor). Reîmproprietărirea ţăranilor nu poate duce la nimic fără o bază suficientă de capital. Ca urmare a situaţiei existente în mediul rural are loc creşterea alcoolismului şi a mortalităţii, mai ales prin boli cardiovasculare şi respiratorii.

Scanned with OKEN Scanner

Datele Comisiei Naţionale de Statistică rezultate în urma cercetărilor multifuncţionale din Ancheta Integrală în Gospodării - A.I.G., cercetări ce au fost efectuate în perioada iulie 1998 - iunie 1999 pe un număr de 36 000 locuinţe amplasate în 501 centre de cercetare din localităţi urbane şi rurale (indicele de probabilitate fiind de 97%, iar indicele de eroare standard de ± 3%) subliniază următoarele aspecte:

- 40,6% dintre gospodării sunt formate dintr-o singură persoană;
- din totalul persoanelor care sunt cap de gospodărie, 53,2% depăşesc vârsta de 50 de ani, iar 40% au vârsta între 30 şi 49 de ani, confirmând astfel tendinţa de îmbătrânire a populaţiei din mediul rural;
- veniturile totale brute ale unei gospodării de ţărani au fost în această perioadă de 1 930,5 mii lei lunar, ceea ce reprezintă 585,0 mii lei de persoană;
- sursa principală de venituri (54,1%) a provenit din vânzarea produselor agricole;
- încasările lunare provenite din vânzare au fost de trei ori mai mici decât valoarea celor consumate în gospodăria proprie. Se confirmă astfel că agricultura rudimentară practicată de gospodăriile ţărăneşti nu poate acoperi decât necesităţile proprii de consum;
- cheltuielile totale ale unei gospodării de ţărani au fost de 1 928,1 mii lei (a se compara cu venitul brut de 1 930,5 mii lei). Destinaţia principală a acestor cheltuieli a fost pentru consum curent şi servicii (85,2%). Cheltuielile băneşti au fost de 882,8 mii lei lunar pe gospodărie, respectiv 267,5 mii lei lunar pe persoană, ceea ce reprezintă suma de 8 900 lei pe zi/ persoană (la o valoare a dolarului de peste 16 000 lei);
- totalitatea cheltuielilor lunare băneşti de consum pe gospodărie a fost împărţită astfel: 713,9 mii lei reprezentând cheltuieli alimentare şi cheltuieli pe băuturi care nu se obţin în gospodărie; 241,6 mii lei pentru locuinţă şi 203,8 mii lei pentru întreţinerea ei. Din restul banilor suma de 86,3 mii lei s-a folosit pentru transport şi telecomunicaţii; 25 mii lei pentru învăţământ şi educaţie; 16,4 mii lei pe medicamente şi îngrijire medicală, iar cei 70 mii lei rămaşi au fost folosiţi pentru însămânţări, furaje etc.

Situaţia ţăranilor este expusă în mod concludent într-un articol intitulat „Reformele n-au pătruns în curtea ţăranului, ci numai impozitele" şi semnat de Ion Marcovici în ziarul „România Liberă" din 15 decembrie 1999. Datele sunt preluate de la Comisia Naţională de Statistică. Citâm:

„Ce se va întâmpla cu pătura ţărănească după anul 2000 când va intra sub impozitarea agricolă?"

„Dacă acum, sprijiniţi de cupoanele pentru carburanţi, ţăranii nu îşi pot lucra pământul, nu îşi pot valorifica avantajos cerealele, animalele, legumele şi fructele, ce se va întâmpla în anul 2000, când unica sa fermă de animale va intra sub regimul impozitelor, livada şi grădina, de asemenea şi toate celelalte?"

„De unde relansarea economică în această pătură mijlocie a societăţii noastre? Aceasta este îngrijorarea din întreg mediul rural, care reprezintă peste

Scanned with OKEN Scanner

10 milioane de cetăţeni care trăiesc în 1 688 de comune şi peste 1 700 000 de pensionari agricoli care au pensia de numai 60 000 lei pe lună".

„Se va impozita începând din anul 2000 proprietatea agricolă, livada, grădina, pământul, animalele (vaca, bivolița 300 000 lei pe an plătibili în 12 rate; pentru boi şi bivoli 500 000 lei în 12 rate; pentru vitele până la 6 luni 100 000 lei; pentru ovine 20 000 lei; pentru cai 500 000 lei; pentru măgari 200 000 lei; pentru păsări 8000 lei buc.; stupi 20 000 lei buc.; iepuri de casă 10 000 lei buc.; nutrii 15 000 lei buc).

Proprietarul unui hectar de pământ nu mai primeşte nici un fel de ajutor social. Dacă de pe un hectar se obţin circa 1 000 000 lei beneficiu şi se împarte suma la 12 luni rezultă un venit lunar de 80 000 lei. N-ar mai avea nevoie acest om de ajutor social?"

„Dumitru Stelian este proprietar a 10 ha teren agricol pe moşia Pantelimonului. El a avut 4 ha cu grâu, 2 ha cu orz, 2 ha cu floarea soarelui, 2 ha cu porumb. Cheltuielile s-au ridicat la circa 2 000 000 lei ha, fără sămânţă. Recolta de 6 000 kg a fost băgată în baza de recepţie, primind 800 lei/kg de grâu. Şi-a păstrat o rezervă de 6 000 kg de grâu, 3 000 kg orz, 8 000 kg porumb ştiuleţi pentru animale. De la baza de recepţie a primit 4 800 000 lei. Cu recolta de acasă a hrănit 12 porci, 3 vaci şi 2 tăuraşi. Ca să hrănească optim acest şeptel a mai cumpărat 4 500 kg tărâţe, lucernă 400 de baloţi a 30 000 lei balotul. În toamnă a trecut la vânzarea animalelor. Trebuie să menţionăm că aceste animale au fost în ograda proprietarului 2 ani până ce au ajuns la greutatea optimă de livrare. Pe vaci s-au încasat 12500000 lei; pe tăuraşi, 600 0000 lei; pe cei 10 porci, 16 000 000 lei. Revine un total de 34 500 000 lei, sumă obţinută în 2 ani de muncă. Pe un an proprietarul a cumpărat grăunţe şi furaje în valoare de 25 000 000 lei. La acest calcul adăugăm valoarea furajelor aflate în gospodărie, o cheltuială de 8 300 000 lei. Făcând diferenţa între cheltuieli şi încasări, rezultă un venit de 1 200 000 lei venit net neimpozabil. Proprietarul a 10 ha de pământ ar trebui să fie înscris şi el la ajutorul de şomaj ca pensionar al bugetului de asigurări. Dacă se continuă aşa nu va trece mult până când ţăranul român, complet pauperizat, va renunţa la calitatea sa de producător ca să devină consumator din produsele furnizate de unguri (dacă el nu va beneficia de sprijinul statului aşa cum beneficiază toţi producătorii agricoli din acordul C.E.F.T.A.)"(Ion Marcovici, ziarul „România Liberă" din 15 decembrie 1999).

Un comunicat recent al Guvernului subliniază că şi în anul 2000 plata impozitului pe venitul agricol va fi amânată. *„Ar fi avut statul ce să impoziteze de la ţărani?... să presupunem că un producător agricol a obţinut o producţie bună, pe care însă nu a reuşit s-o valorifice; impozitul va fi calculat la recolta realizată de pe urma căreia venitul lui este zero; va fi socotit la total producţie cu preţul zilei, indiferent de valorificarea efectivă? Apoi ce se întâmplă dacă din*

Scanned with OKEN Scanner

vânzarea producţiei s-au acoperit doar cheltuielile, ceea ce înseamnă acelaşi zero venit?" (ziarul „România Liberă" din 11 ianuarie 2000, pag.3).

La data de 4 aprilie 2000 printr-un comunicat al C.N.S. se arată că situaţia lucrărilor agricole (arături şi însămânţări de primăvară) este dezastruoasă şi fără precedent. S-au arat doar 62% din totalitatea terenului programat şi s-a însămânţat numai 2% din acesta. Având în vedere situaţia existentă la semănăturile de toamnă (fertilizare fazială a cerealelor la numai 42,5% din suprafaţa programată, iar cea cu fosfor la numai 18,4% din aceasta) alimentaţia populaţiei în anul 2000 va trebui asigurată din import.

1.4. Situaţia pensionarilor văzută din punct de vedere economic şi social în România anilor 1999

Veniturile pensionarilor obţinute prin asigurările sociale de stat au fost în medie în trimestrul al III-lea de 685 347 lei (în ianuarie 1999 fiind de 644 808 lei).

Veniturile acestora se repartizează astfel în funcţie de suma primită la pensie:

- 14 000 de pensionari având pensii până la 100 000 lei;
- 52 000 de pensionari având pensii până la 200 000 lei;
- 313 000 de pensionari având pensii până la 300 000 lei;
- 1 550 000 de pensionari având pensii până la 475 000 lei;
- 744 000 de pensionari având pensii până 600 000 lei;
- 1 185 000 de pensionari având pensii până 1 000 000 lei;
- 147 000 de pensionari având pensii până la 1 500 000 lei;
- 18 000 de pensionari având pensii peste 1 500 000 lei.

În ceea ce priveşte ţăranii, pensiile lor variază între 10 000 lei şi 150 000 lei.

Pentru a avea o privire de ansamblu pe ţară vom analiza, în mod detaliat, veniturile pensionarilor pe anul 1999 din mediul rural al judeţului Ialomiţa, judeţ cu pronunţat caracter agricol.

Pensionarii, în număr de aproximativ 45 000, sunt aici în general oameni în vârstă, care au lucrat 35-40 ani la munca câmpului în cadrul C.A.P.-urilor sau I.A.S.-urilor. Valoarea medie a pensiei primite de aceştia este de 140 000 lei pe lună. Aproape 5 000 de bătrâni trecuţi de vârsta de 70 de ani primesc între 20 000 şi 50 000 lei lunar. Apoi, aproximativ 15 000 de pensionari au o pensie lunară de aproximativ 95 000 lei. Câteva mii de persoane au pensii a căror valoare maximă este 180 000 lei pe lună. Situaţia este de-a dreptul dramatică, în condiţiile în care un litru de ulei costă 15 000 lei, un kilogram de zahăr costă 11 000 lei, litrul de petrol lampant costă 4 500 lei, iar 1 000 kg lemne costă circa 600 000 lei (Comisia Naţională de Statistică, date publicate în ziarul „Adevărul" din 13 octombrie 1999 în articolul semnat de Ilie Ştefan şi V.Oanţea).

Scanned with OKEN Scanner

Locomotiva preţurilor alimentare a fost locomotiva creşterii ratei inflaţiei din septembrie 1999.

Prognozele în ceea ce priveşte evoluţia inflaţiei pe anul în curs sunt acum, din păcate, infirmate. Dacă se prognoza o creştere a inflaţiei pe anul 1999 de 43-45% se pare că aceasta va depăşi procentul de 55% (sursa: Comisia Naţională de Statistică, Institutul de Control al Calităţii Vieţii, octombrie 1999).

Preţurile mărfurilor alimentare au crescut în luna septembrie 1999 cu 3,6% faţă de lunile anterioare, şi cu 22,8% faţă de anul 1998. Una din cauzele acestei situaţii extrem de defavorabile pentru populaţia ţării noastre ar fi şi scăderea influenţei pe care o au produsele existente pe piaţa ţărănească care, în lunile de vară, împiedică creşterea necontrolată a inflaţiei. La existenţa acestei situaţii economice grave în perioada pe care o analizăm contribuie şi alţi doi factori principali şi anume:

a) preţurile produselor de import care sunt în continuă creştere;

b) majorarea nestăvilită a tarifelor la combustibili şi transport precum şi a accizelor.

Rata scumpirilor în luna septembrie 1999
comparativ cu lunile august 1999 şi noiembrie 1998

Tabel

Produs	Rata scumpirilor în luna septembrie comparativ cu luna august 1999	Rata scumpirilor în luna septembrie comparativ cu luna decembrie 1989
0	1	2
Mărfuri alimentare	103,6%	122,8%
Făină	102,7%	131,5%
Mălai	103,0%	149,2%
Pâine	101,8%	140,8%
Fasole boabe şi leguminoase	102,1%	135,4%
Fructe proaspete	97,5%	108,8%
Citrice şi alte fructe de import	111,4%	158,1%
Margarină	102,0%	141,0%
Carne şi preparate din carne şi conserve	102,3%	111,3%
Peşte proaspăt	100,9%	109,6%
Lapte total	103,5%	123,7%
Brânză vaci (telemea)	105,5%	108,2%
Brânză telemea (oaie)	104,4%	101,9%
Unt	103,8%	138,0%

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2
Ouă	117,1%	113,8%
Zahăr	104,3%	170,9%
Cacao şi cafea	101,2%	167,3%
Băuturi alcoolice	102,7%	144,3%

Sursa: Comisia Naţională de Statistică (date publicate în ziarul „Adevărul" din data de 13 octombrie 1999).

* *
*

Peste 52% din numărul pensionarilor având pensii de până la 522 000 lei pe lună locuiesc în mediul urban la blocuri, unde întreţinerea unui apartament costă în jur 240 000 lei lunar, preţul energiei electrice este evaluat la aproximativ 40 000 lei, telefonul, care le este indispensabil, costă, lunar, aproximativ 60 000 lei, iar medicamentele compensate costă aproximativ 150 000 lei lunar. Deci totalul cheltuielilor de strictă necesitate pentru un pensionar se ridică la aproximativ 490 000 lei lunar. La acest calcul sumar se pune întrebarea: ce bani le rămâne acestora pentru alimentaţie? Răspunsul este următorul: Pensionarului, adeseori bolnav, îi rămâne circa 30 000 lei lunar pentru hrană (ceea ce înseamnă, de exemplu, o pâine consumată la două zile). La o asemenea constatare comentariile sunt de prisos. Dacă situaţia pensionarului care are pensia de aproximativ 50 0000 de lei este cea care este, atunci ce s-ar mai putea spune despre situaţia unui pensionar care are numai 300 000 lei pensie lunar?

Într-un studiu realizat şi publicat recent de Institutul de Cercetări Economice din cadrul Academiei Române şi de Institutul de Cercetare a Calităţii Vieţii intitulat „*Condiţiile de trai ale pensionarilor din România anilor 1999*" (date publicate în ziarul „Adevărul"din data de 29 octombrie 1999) se ajunge la următoarele concluzii:

- 4/5 din numărul pensionarilor au venituri atât de mici, încât trăiesc sub limita oficială de subzistenţă calculată de specialişti;
- aproximativ 50% din cei aproape 6 milioane de pensionari mănâncă o dată pe zi şi un singur fel de mâncare;
- peste 92% din pensionari au unica sursă de venit pensia, care este foarte mică;
- *cheltuielile pentru sănătatea pensionarilor sunt minime, aceasta în condiţiile în care chiar şi statul acordă sănătăţii sume derizorii*;

- datorită alimentaţiei deficitare şi lipsei de îngrijire medicală peste 70% din persoanele anchetate au o stare de sănătate precară;

- peste 75% dintre ei nu şi-au mai cumpărat de mult haine noi;

- peste 82% dintre pensionarii cu venituri sub 450 000 lei nu-şi pot satisface nevoile zilnice de alimentaţie;

- peste 50% dintre cei cu pensii sub 500 000 lei au o alimentaţie deficitară hrănindu-se doar cu un singur fel de mâncare pe zi;

- pensionarii cu pensia mai mare de 650 000 lei, puţini la număr, îşi pot permite să consume două feluri de mâncare pe zi, în general lapte sau produse lactate şi pâine. Deci şi aceştia au o alimentaţie dezechilibrată şi, uneori, insuficientă;

- peste 60% din numărul pensionarilor n-au consumat carne sau produse din carne în anul 1999;

- aproximativ 90% din numărul pensionarilor nu au consumat peşte sau produse din peşte de ani de zile, iar ouă şi fructe nu au consumat decât foarte rar.

Principalul motiv care a generat situaţia de mai sus este insuficienţa resurselor financiare.

Tabel 9

Distribuţia familiilor de pensionari, pe grupe de venituri, în funcţie de numărul de feluri de mâncare consumate pe zi

Grupe de venituri pe persoană (lei)	% din numărul total de pensionari ce consumă:		
	un singur fel de mâncare pe zi	două feluri de mâncare pe zi	trei sau mai multe feluri de mâncare pe zi
până la 350 000 lei	61,1%	38,2%	0,7%
350 000-450 000 lei	58,2%	40,9%	0,9%
450 000-550 000 lei	54,7%	42,8%	0,5%
550 000-650 000 lei	50,7%	48,9%	0,4%
650 000-750 000 lei	35,8%	63,2%	1,0%
peste 750 000 lei	28,6%	69,4%	2,0%

Dezechilibrul alimentar manifestat prin lipsa unor produse cu rol esenţial în hrănirea organismului, prin limitarea alimentaţiei, duce la stări de denutriţie şi deteriorare a sănătăţii pensionarilor.

Alimentaţia deficitară şi lipsa de îngrijire medicală sunt cauzele principale ale îmbolnăvirii şi mortalităţii crescute a pensionarilor, mai ales la cei care au

Scanned with OKEN Scanner

vârsta peste 65 de ani (48,7% dintr-un eşantion de populaţie care nu depăşeşte 18,3% din populaţia ţării în anul 1998).

Datele Comisiei Naţionale de Statistică arată că peste 70% din numărul total de pensionari şi peste 63% din numărul membrilor de familie au o stare de sănătate precară, mulţi dintre ei suferind de afecţiuni cardiace, afecţiuni locomotorii, precum şi alte afecţiuni degenerative.

Peste 84% din numărul lor trăiesc din „mila providenţei". Peste 80% din pensionari apelează la serviciile medicale ale cabinetelor sau spitalelor doar atunci când bolile ajung în ultima fază de evoluţie, atunci când apar complicaţii ireversibile.

Tabel 10

Structura familiilor de pensionari
în funcţie de venitul mediu lunar/persoană

Grupe de venituri pe persoană (lei)	Total lot (%)	Familii formate dintr-o singură persoană (%)	% din numărul total de pensionari	% din numărul total de pensionari din care:	
				% cu o singură pensie	% cu două pensii
până la 350 000 lei	17,0	14,3	73,2	89,6	23,4
350 000-450 000 lei	14,3	18,0	4,7	10,0	5,5
450 000-550 000 lei	20,7	21,7	5,7	0,4	17,7
550 000-650 000 lei	29,3	33,6	5,9	-	19
650 000-750 000 lei	12,4	8,9	6,2	-	20,3
peste 750 000 lei	6,3	3,3	4,3	-	14,0

Modul de viaţă al acestor bătrâni pensionari este monoton şi lipsit de perspective, acesta constând, în marea majoritate a cazurilor, în treburi gospodăreşti, repaus la pat, vizionarea de filme la posturile de televiziune, audiţii programe radio, plimbări în oraş şi în parcuri.

Ajutoarele date de copii pensionarilor sunt rar întâlnite. Îngrijorător este faptul că, datorită dificultăţilor existente, valorificarea timpului liber nu mai constituie o preocupare pentru pensionari. Peste 63% din numărul pensionarilor afirmă că nu ştiu cum să-şi petreacă timpul liber. Dar, cu toate acestea, sentimentul singurătăţii se întâlneşte doar la aproximativ 1% din cazuri, iar senzaţia de anxietate generată de singurătate se întâlneşte la 6% dintre pensionari.

Starea de nemulţumire existentă în rândul pensionarilor a ajuns la proporţii îngrijorătoare. În fiecare zi se sinucid 1-2 pensionari prin intoxicare cu gaz metan

Scanned with OKEN Scanner

sau aruncare de la etajele superioare ale blocurilor. De asemenea, în fiecare zi sunt găsiți morți, în stare avansată de descompunere, cel puțin doi pensionari. Autopsiile efectuate demonstrează că aceştia au decedat ca urmare a unei îndelungate perioade de malnutriție sau subnutriție. Este îngrijorător faptul că în fiecare zi, pe străzi sunt găsiți 1-2 pensionari morți, înregistrându-se, anual, 1 300-1 400 de asemenea cazuri. *„La nivel național, 10 000 pensionari mor precum câinii. Această stare de fapt nu poate purta decât un singur nume: ASASINAT. Cei vinovați sunt aleşii noştri, politicienii noştri, asasini de lux ai unor victime mizere ale societății româneşti. Aceştia sunt „înarmați" cu stilouri Parker, adevărate arme albe pentru semnat legi negre. Aşa ne mor bunicii, uciși cu stiloul"* (Comisia Națională de Statistică, date publicate în ziarul „Cotidianul", vineri, 9 iulie 1999).

1.5. Şomajul în România anilor 1999

Numărul oficial al celor care nu aveau un loc de muncă la sfârşitul lunii octombrie 1999 era de 1 064 500 persoane (Comisia Națională de Statistică, date publicate în ziarul „Adevărul" din 6 decembrie 1999). România se confruntă cu fenomenul de cronicizare a şomajului care este agravat de reducerea, într-un ritm rar întâlnit şi într-un interval de timp foarte scurt, a numărului de salariați. Numai în primele 10 luni ale acestui an numărul de salariați a scăzut cu încă 327 000 persoane. Aceste persoane nu îşi găsesc un loc de muncă. Orice restructurare a unui organism economic ineficient presupune, la modul imperativ, reconstrucția în paralel a altor baze economice efectuată pe alte criterii, având ca scop păstrarea echilibrului social al forței de muncă. Pur şi simplu, populația aptă de muncă este transferată sau, mai nou, se autotransferă în şomaj (sursa: Comisia Națională de Statistică, date publicate în ziarul „Adevărul" din data de 6 decembrie 1999, articolul semnat de Ilie Ştefan). La sfârşitul lunii decembrie 1999 rata şomajului era de 11,5% (1 130 000 persoane), raportată la populația activă civilă totală comparativ cu 10,9% în luna septembrie 1999 şi 9% în luna octombrie 1999 (Comisia Națională de Statistică, februarie 2000).

Populația de sex feminin reprezintă 47,1% din numărul total de şomeri înregistrați.

Din punct de vedere financiar, resursele alocate şomerilor la sfârşitul lunii octombrie se prezentau astfel: ajutoarele de şomaj medii lunare - 532 932 lei; alocațiile de sprijin medii lunare - 246 753 lei şi ajutoare de integrare profesională - 295 753 lei. Acestea sunt sume derizorii în raport cu evoluția galopantă a

Scanned with OKEN Scanner

inflaţiei şi puterea din ce în ce mai scăzută de cumpărare a monedei noastre naţionale. Este grav faptul că există oameni care *nu primesc nici un fel de indemnizaţie,* situaţia lor fiind de-a dreptul dramatică. Ce se mai poate spune când se ştie că la sfârşitul lunii octombrie 1999 existau 241 500 şomeri *care nu primeau nici un fel de indemnizaţie lunară,* 76,2% fiind muncitori (Comisia Naţională de Statistică, date publicate în ziarul „Adevărul" din data de 6 decembrie 1999).

Ancheta care a studiat forţa de muncă din gospodării (A.M.I.G.O.) subliniază că, în cel de-al doilea trimestru al anului în curs, durata medie a şomajului era de 16,2 luni. Cea mai mare medie (25,4 luni) s-a înregistrat la persoanele de sex feminin trecute de vârsta de 50 ani.

Un fapt important având o relevanţă deosebită este acela că 410 000 persoane a căror vârstă este mai mare de 15 ani şi care nu au un loc de muncă în momentul efectuării anchetei nu-şi mai caută de lucru, deşi sunt apţi de muncă. Motivul principal este deznădejdea, mulţi dintre ei pierzându-şi speranţa într-un trai mai bun. Din numărul total al descurajaţilor, 54% cred că nu mai au nici o şansă să fie angajaţi, iar 39,4% cred că nu există locurile de muncă necesare angajării lor, ei fiind practic dezorientaţi şi dezamăgiţi în legătură cu găsirea unui eventual loc de muncă.

1.6. Sărăcia în România anilor 1999

Aşa cum reiese din documentele publicate în data de 21 octombrie 1999 de Comisia Naţională de Statistică (C.N.S.) şi Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare (P.N.U.D.), la data de 31 decembrie 1998 numărul oamenilor săraci din România depăşea cifra de 7,6 milioane.

Tabel 10

An	% din totalul populaţiei	Rata sărăciei exprimată în număr de oameni
1995	25,3%	5,7 milioane
1996	19,9%	4,4 milioane
1997	30,8%	circa 7 milioane
1998	peste 33,8%	7,6 milioane

Scanned with OKEN Scanner

Situația existentă în România anilor 1998-1999 a atins nivelul de alertă, pentru remedierea căreia fiind necesară luarea unor măsuri de extremă urgență.

Săracii sunt definiți, conform Comisiei Naționale de Statistică (C.N.S.), ca fiind acele persoane care au, la nivelul lunii septembrie 1999, venitul mediu de 683 436 lei. Comisia Națională de Statistică evaluează că peste 1/3 din populația țării trăiește sub pragul sărăciei.

Având un salariu lunar mai mic de 100 dolari pe lună, din care mare parte se cheltuiește pe achitarea datoriilor către stat, săracii se „hrănesc" cu promisiuni. Este de reținut că salariul mediu la ora actuală este de numai 1 600 000 lei în condițiile în care se dorește o aliniere totală a prețurilor produselor și serviciilor la nivelul prețurilor occidentale. Din acest punct de vedere, România este comparabilă doar cu țările din fosta Uniune Sovietică și Bulgaria. În aceste țări veniturile medii lunare sunt: 64 dolari pentru țările din fosta Uniune Sovietică și 106 dolari pentru Bulgaria. Comparativ cu celelalte țări din estul Europei, veniturile medii înregistrate în aceste țări sunt discrepante față de veniturile medii din România anului 1999. Situația reală a veniturilor medii lunare în țările din estul Europei pe anul 1999 este reflectată în tabelul 11.

Tabel 11

Veniturile medii în țările din estul Europei la nivelul anului 1999

Țara	Venit mediu lunar
Federația Rusă	64 dolari
România	< 100 dolari (oct.99)
Bulgaria	106 dolari
Ungaria	314 dolari
Cehia	364 dolari
Polonia	375 dolari
Letonia	238 dolari
Slovenia	904 dolari

În perioada analizată de către Comisia Națională de Statistică (iulie 1998-iulie 1999), rezultatele fiind date publicității [2], cheltuielile totale lunare pentru o gospodărie au însumat în medie 2 040,6 mii lei (venitul normal brut pe

[2] Comisia Națională de Statistică, date publicate în ziarul „Adevărul", 24 ianuarie 2000.

Scanned with OKEN Scanner

gospodărie a fost în medie de 2 084,1 mii lei; veniturile la patroni au depăşit de 2,3 ori venitul mediu, iar la şomeri venitul a fost de numai 76% din venitul mediu). Cheltuielile totale la patroni au fost în medie de 3 767,0 mii lei, 2 756,1 mii lei la salariaţi, 1 928,1 mii lei la ţărani şi 1 696,1 mii lei la şomeri şi pensionari. Populaţia consumă 55,0% din venituri pentru alimentaţia zilnică (şomerii nu dispun decât de 262,8 mii lei lunar, ceea ce înseamnă sub 10 000 lei pe zi).

Tabel 12

Structura cheltuielilor totale pe medii

Cheltuieli totale	Total	Urban	Rural
	100,0	100,0	100,0
Cheltuieli de consum	80,6	78,6	82,8
Impozite, taxe, alte plăţi obligatorii	10,1	14,8	5,1
Investiţii gospodăreşti	1,5	0,7	2,3
Alte cheltuieli	7,8	5,9	9,8

Tabel 13

Structura cheltuielilor totale pe medii

Cheltuieli totale	Total	Urban	Rural
	100,0	100,0	100,0
Produse alimentare	54,9	53,6	56,3
Mărfuri nealimentare	28,9	25,3	32,5
Plata serviciilor	16,2	21,1	11,2

O familie fără copii, care are un venit de 3 000 000 lei lunar, după ce achită facturile pentru întreţinerea lunară a apartamentului, energie electrică, apă, mai rămâne cu 1,5 milioane lei ca să-şi poată asigura subzistenţa (hrană, transport şi alte cheltuieli de strictă necesitate săpun, detergent, pastă de dinţi etc.). Toate aceste cheltuieli ar presupune un venit minim lunar de 4 000 000 lei, fără a mai lua în calcul cheltuielile pentru concediul anual, activităţile culturale şi de divertisment teatru, film etc. (Comisia Naţională de Statistică, date publicate în ziarul „Curierul Naţional", nr.382/16 noiembrie 1999).

Scanned with OKEN Scanner

Situația economică a României se află la ora actuală, din nefericire, într-un continuu proces de degradare, sub toate aspectele.

Pentru lunile de iarnă din perioada 1999-2000 se propune un preț de referință pentru energia termică. Începând cu data de 15 octombrie 1999, prețul la gigacalorie crește. Locuitorii unui apartament de 2 camere vor plăti, în lunile friguroase (15 octombrie 1999-15 aprilie 2000), aproximativ 700 000 lei numai pentru întreținerea locuinței. Întreținerea unui apartament cu 4 camere va costa în lunile friguroase circa 1 500 000 lei, incluzând plata agentului termic și a gazului metan. Calculele s-au făcut la prețul de 220 000 lei gigacaloria, iar prețul de referință va ajunge la 230 000 lei gigacaloria (datele aparțin Secretarului de stat al Ministerului Industriei și Comerțului, publicate în ziarul „Adevărul" din 16 noiembrie 1999).

Ajutoarele promise de guvern sunt mai mult decât insuficiente, ele fiind de circa 300 000 lei lunar net pentru cei care au un venit lunar net de 300 000 lei, 200 000 lei pentru cei care au venitul lunar net cuprins între 200 000 și 450 000 lei și 100 000 lei pentru cei cu venit lunar net cuprins între 450 000 și 750 000 lei.

O familie cu 2 copii, care are un venit mediu net de persoană de 200 000 lei/lunar, va cheltui mai bine de jumătate din venit pentru plata întreținerii.

Consecința este dramatică, multe dintre familii ajungând la soluția debranșării de la termoficare pe motiv că nu au bani să plătească întreținerea lunară. În acest sens, exemplu concludent este acela din data de 27 noiembrie 1999 când, la TV - Antena 1, 200 de familii bucureștene și alte familii din alte orașe din țară (ex. orașul Buhuși, jud. Bacău) și-au anunțat debranșarea de la termoficare, chiar dacă și această operațiune costă peste 60 000 lei.

Cel mai mare număr de săraci (60 de persoane/100 locuitori) se găsește în gospodăriile de țărani și șomeri. Din numărul total al săracilor, 39% (2 968 000 locuitori) provin din gospodăriile de salariați și 26% din gospodăriile de pensionari. Cel mai puternic afectate sunt familiile cu număr mare de membrii.

Populația cea mai săracă se găsește în zonele din estul țării (în special cele din nord). Populația având gradul de sărăcie mai mic se găsește în zonele din vestul și nordul țării (522 000 persoane, ceea ce reprezintă 23% din totalul locuitorilor acestor regiuni).

* *
*

Scanned with OKEN Scanner

Consecinţele sărăciei pe termen lung reies clar din studii preluate din publicaţiile mass-media existente pe piaţa informaţională.

a) Un studiu psihologic efectuat de dr. Mioara Rădulescu şi colaboratorii săi într-o comună din judeţul Vâlcea (comuna Slătioara), studiu finalizat în anul 1999, stabileşte existenţa unei morbidităţi îngrijorătoare datorate unor boli cronice grave. Cei care suferă de afecţiuni cardiace deţin un procent de 25% din totalul populaţiei acestei comune, iar cei care suferă de boli psihice deţin un procent de 2% din totalul populaţiei comunei, înregistrându-se o pronunţată creştere la minori (în prezent sunt spitalizate 80 de persoane). Afecţiunile glandei tiroide datorate apei sărace în iod se întâlnesc la majoritatea copiilor precum şi la adulţi. În proporţie de 50% din totalul lotului cercetat, în special la copii şi tineri, coeficientul intelectual este sub 60% faţă de normal. Aceasta dovedeşte caracterul precar al alimentaţiei inconsistente, lipsite de vitamine, de minerale şi oligoelemente şi sărace în proteine animale.

Sărăcia şi în special lipsa de bani sunt motivele care generează situaţia dezastruoasă existentă la nivelul comunei. Majoritatea locuitorilor trăiesc la limita subzistenţei, din ceea ce obţin prin vânzarea produselor agricole obţinute în gospodăriile proprii.

„Trist este faptul că această stare de lucruri tinde să se accentueze din cauza lipsei oricărei perspective de refacere a habitatului economic" (proprietarilor de pământuri le lipsesc uneltele şi animalele de muncă, seminţele de calitate, îngrăşămintele şi celelalte inputuri, pentru că le lipsesc mijloacele financiare). Ţăranii îşi caută refugiul în băuturi ieftine, contrafăcute (atât bărbaţii cât şi femeile) care, pe fondul de subnutriţie tot mai accentuată, stimulează proliferarea bolilor.

„...situaţia de la Slătioara este tipică pentru actuala stare de morbiditate a comunităţilor rurale româneşti: oameni buni, oare nici dumneavoastră cei aleşi, de la care o bună parte a poporului a aşteptat cu totală încredere mult dorita schimbare, nu aveţi ambiţia să infirmaţi adevărul potrivit căruia toate puterile care s-au succedat la cârma României i-au ignorat şi i-au batjocorit pe ţărani?" (A. Brezeanu, ziarul „România liberă" nr.86/ 1999).

„Din 1996 şi până acum nu s-a făcut mai nimic spre bine. Dimpotrivă, s-a ales praful. În ultimele sale luări de cuvânt premierul Radu Vasile nu se mai referă la această ramură. De parcă nici n-ar exista. Nu l-a tras nimeni de mânecă să-i reamintească că agricultura nu este poezie. Nici acum, cu grijile sale electorale, nu pare să-l intereseze satul, iar ministrul Agriculturii nu i-o spune...

Ce mult se schimbă unii în doar trei ani de guvernare! Ajung să se creadă „buricul pământului". Cică fără ei toate s-ar prăbuşi! Mai are unde?"

... „*Am putea trage concluzia că cei de sus gândesc că satul este un stup care se perpetuează de la sine. Deci trebuie lăsat în pace. Nu va pieri. Abia când vor muri şi bătrânii care mai sunt (tinerii au plecat de mult) ne vom da seama cine mai face şi cu ce eforturi agricultura*" (Eugen Sasu, ziarul „România liberă" nr.86/ 1999).

b) „*O consecinţă a subnutriţiei este aspectul îngrijorător observat la majoritatea centrelor militare judeţene: în rândurile tinerilor sunt tot mai frecvente afecţiunile cardiace care-i fac inapţi pentru efectuarea stagiului: afecţiuni cardiovasculare, afecţiuni digestive, afecţiuni neuropsihice. Medicii din cadrul comisiilor de expertizare sunt alarmaţi, mai cu seamă datorită numărului mare al cazurilor de nevroze, tulburări anxio-fobice şi de personalitate. Un alt motiv de îngrijorare îl constituie scăderea drastică a coeficienţilor de inteligenţă, cu precădere la cei din mediul sătesc, ceea ce-i face inapţi pentru serviciul militar. Oare faptul că tinerii de numai 20 de ani sunt găsiţi cu ulcere perforate datorită precarelor condiţii materiale în care trăiesc şi că, în urma stress-ului provocat de nesiguranţa zilei de mâine, au ajuns cardiaci sau cu tulburări de comportament, nu dă de gândit nimănui?*" (A.I. - ziarul „România liberă" nr.86/1999).

2. ANALIZA SITUAŢIEI SOCIO-ECONOMICE LA SFÂRŞITUL ANULUI 1999 ŞI ÎNCEPUTUL ANULUI 2000

Redactarea capitolului de faţă are loc la începutul celui de-al doilea deceniu de tranziţie (februarie 2000) şi încearcă să redea starea reală din punct de vedere economic şi social existentă în ţara noastră la sfârşitul primului deceniu, cu împlinirile şi neajunsurile existente. Concluziile care rezultă din analiza situaţiei socio-economică existentă la începutul anului 2000 par să confirme involuţia generalizată din toate sectoarele vieţii sociale şi economice, care s-a instalat în ultimii ani.

2.1. Situaţia învăţământului la începutul anului 2000, din punct de vedere social, economic şi financiar

Greva cadrelor didactice din învăţământul preuniversitar continuă, urmând ca şi cadrele didactice din învăţământul universitar să se ralieze la această grevă în cel mai scurt timp. Asistăm la o situaţie îngrijorătoare pentru desfăşurarea procesului de învăţământ: pentru prima oară în semestrul I şcolar mediile au

Scanned with OKEN Scanner

rămas neîncheiate, iar semestrul al II-lea nu a început încă. Revendicarea cadrelor didactice este absolut normală şi legală şi anume alocarea sumei de 4% din Produsul Intern Brut (P.I.B.) pentru învăţământ, sumă care este prevăzută de altfel în Legea învăţământului[4]. Primul ministru a declarat în data de 10 februarie 2000 că guvernul actual nu are posibilităţi financiare pentru a rezolva această problemă şi că decizia din acest moment aparţine sferei politice. Resursele financiare nu pot fi luate decât de la alte ministere.

„În prezent, salariul mediu în învăţământ[2] *şi diferenţa nejustificat de mică dintre salariul celui mai tânăr învăţător şi salariul profesorului universitar cu cea mai mare vechime sunt două probleme pentru care trebuie să găsim repede soluţii*", aceasta fiind una din declaraţiile primului ministru.

Din sfera politicului se anunţă, în unanimitate, aceeaşi atitudine. Pentru că, aşa cum a declarat un profesor, *„dascălii au rămas singura categorie de bugetari cărora din anul 1998, când a apărut Legea 154, nu li s-a mărit salariul*". Se speră ca prin Legea bugetului pe anul 2000 să se ajungă la îndeplinirea deziderateloor cadrelor didactice. Primul ministru a spus că a mai rămas o singură

---

[4] Greva în învăţământul preuniversitar (cea mai mare grevă după anul 1989) a încetat pe data de 23 februarie 2000, urmând ca în toată ţara procesul de învăţământ să se reia pe 28 februarie 2000. Salariile au fost mărite astfel:

a) Un debutant (educator, învăţător) cu un salariu de 859 000 lei, având salariul de bază (inclusiv sporuri) de 1 200 000 lei, va câştiga între 1 600 000 lei şi 2 200 000 lei (prin adăugare de sporuri); un profesor gr.I, cu salariul de bază de 1 300 000 lei brut (aproximativ 2 600 000 lei luând în considerare şi sporurile), va fi de 2 400 000 lei, fără sporuri. Luând în considerare şi sporurile salariul unui profesor poate ajunge la 4 900 000 lei.

b) În învăţământul universitar, un preparator nou angajat în facultate care înainte avea un salariu brut de 991 000 lei (1 021 000 lei, având în vedere şi sporurile) va câştiga 1 600 000 lei (3 300 000 - 3 400 000 lei brut, luând în considerare şi sporurile); un profesor universitar, care înainte avea un salariu de bază de 1 800 000 lei brut, va avea un salariu brut cuprins între 3 200 000 lei şi 6 600 000 lei (5 200 000 - 11 500 000 lei brut, luând în considerare şi sporurile). Însă, vor fi concediate aproximativ 20 000 persoane.

c) Cheltuielile de personal din învăţământ se vor cifra în anul 2000 la 16 361 miliarde lei (4% din P.I.B. la o valoare de referinţă actuală a dolarului la data de 25.02.2000 de 18 851 lei).

[2] Efectuând o comparaţie cu salariile cadrelor didactice din anul 1915 ajungem la concluzia că diferenţa între salariul actual (chiar după mărire) al unui cadru didactic şi cel al unui cadru didactic din anul 1915 este izbitoare. De exemplu, din revista „Învăţătorul român" nr.8/1922 aflăm că în anul 1915 salariul lunar al unui învăţător era de 384 lei. Cu acest salariu se puteau cumpăra 480 kg carne sau 1 280 kg pâine. Acest salariu echivala în acea perioadă cu costul a 5 costume de haine sau cu preţul a 25-35 perechi de ghete. Din punct de vedere cultural acest salariu echivala cu costul mediu al 192 cărţi având aproximativ 200 de pagini. Menţionăm că această comparaţie nu se rezumă numai la aceste cifre.

Scanned with OKEN Scanner

posibilitate de a mări salariile cadrelor didactice şi anume „*reducerea drastică a corpului funcţionăresc*" din aproape toate sectoarele vieţii economice. Această restructurare a şi început deja. Astfel, din cei 602 funcţionari de la Guvern au mai rămas numai 296. Ministerul Funcţiilor Publice a redus personalul cu 50 de oameni. La prefecturi urmează să se reducă numărul de salariaţi cu 20-30%. Resursele bugetare ce vor fi astfel obţinute sunt limitate şi dacă nu se vor face economii, fiindcă reforma înseamnă şi administrarea judicioasă a banilor publici, nici procentul de 4% nu va fi satisfăcător.

Este important de remarcat faptul că la începutul anului 2000 existau în jur de 788 000 de analfabeţi, având vârsta de peste 12 ani, care reprezintă aproximativ 4% din populaţie (sursa: Institutul Naţional de Ştiinţe ale Educaţiei, Comisia Naţională de Statistică), date cuprinse în raportul autorităţilor române către U.N.E.S.C.O. pentru Conferinţa „*Educaţia pentru toţi în Europa şi America de Nord*" ce a avut loc la Varşovia (perioada 6-8 februarie 2000).

Cea mai mare rată a adulţilor care nu ştiu să scrie şi să citească se înregistrează în rândul femeilor (75% din totalul analfabeţilor) şi a persoanelor având vârsta peste 65 de ani (aproape 52% din totalul analfabeţilor). La grupa de vârstă sub 34 de ani rata cea mai mare a analfabeţilor se constată la cei având vârsta între 15 şi 19 ani.

În plus, în ultimii 10 ani numărul elevilor a scăzut cu un sfert. Abandonul şcolar a crescut de la 0,6% (în anul 1993) la 1% în prezent, datorită sărăciei familiilor şi discreditării şcolii şi educatorilor (peste 75% din abandonuri înregistrându-se în domeniul rural). Ceea ce este, de asemenea, important de reţinut este că numărul studenţilor şi absolvenţilor de universităţi proveniţi din mediul rural este în scădere.

Tabel 14

Situaţia efectivelor de elevi şi a personalului
din învăţământul preuniversitar

	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000
Elevi	4 703 277	4 688 311	4 643 351	4 224 229	4 173 796
Total personal:	394 423	403 222	381470	382 777	384 827
- personal didactic	284 392	292 100	281 784	287 988	290 199
- personal didactic auxiliar şi nedidactic	110 031	111 122	99 686	94 789	94 628

(Sursa: Comisia Naţională de Statistică, date publicate în ziarul „Curierul Naţional" din 10 februarie 2000).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte problema salariilor în învăţământ, este important de reţinut următoarele aspecte: salariul unui preparator cu vechimea cuprinsă între 0 şi 3 ani este de 1 000 128 lei net, salariul unui asistent universitar cu vechimea cuprinsă între 10 şi 15 ani este de 1 421 000 lei net lunar (incluzând toate sporurile), cel al unui şef de lucrări este de 1 500 000 lei net lunar (incluzând toate sporurile), iar un profesor universitar cu vechimea de 30-35 ani vechime primeşte un salariu de 3 391 000 lei. În domeniul medical, un medic rezident primeşte 1 300 000 lei net, iar un medic primar cu peste 30 de ani vechime primeşte, luând în considerare şi sporurile respective, 3 300 000 lei net (salariul brut de încadrare fiind de 3 650 000 lei) într-un moment când 1 dolar valorează 18 609 lei.

2.2. Politica salarială şi inflaţia la sfârşitul anului 1999 şi începutul anului 2000

Declinul economic al anului 1999 rezultă clar din politica salarială şi raportul ei cu inflaţia.

Astfel, câştigul salarial mediu brut pe economie în luna decembrie 1999 a fost de 2 559 796 lei, iar cel net de 1 990 080 lei. Raportul dintre indicele câştigului mediu normal net şi indicele preţurilor de consum în luna decembrie 1999 a fost de 94,5% faţă de luna decembrie 1998 şi de 64,2% comparativ cu luna octombrie 1990.

Rata inflaţiei [5] în luna decembrie 1999 a fost de 2,9% faţă de luna noiembrie 1999, iar faţă de luna decembrie 1998, de 54,8%. La mărfurile alimentare rata inflaţiei în luna decembrie 1999 a fost de 4,1% faţă de luna noiembrie1999, iar comparativ cu luna decembrie 1998, aceasta a fost de 36,7%; la mărfurile alimentare, rata inflaţiei a fost de 2,5% în luna decembrie 1999 faţă de luna noiembrie 1999, iar faţă de luna decembrie 1998, aceasta a fost de 60,2%; la servicii, rata inflaţiei a fost în luna decembrie 1999 de 1,3% faţă de luna noiembrie 1999 şi faţă de luna decembrie 1998 inflaţia a fost de 94,7%.

Nivelul de trai este reflectat în parte şi prin comerţul cu amănuntul a cărei cifră de afaceri a scăzut pe ansamblu cu 4,7% în anul 1999 faţă de anul 1998.

---

[5] Rata inflaţiei determinată pe baza creşterii preţurilor de consum ale populaţiei a fost în ianuarie 2000 de 4,3% faţă de luna decembrie 1999 (Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 12 februarie 2000), fiind cel mai înalt nivel al inflaţiei din ultimele 7 luni. Cele mai mari scumpiri au fost la alimente (+6,8%), servicii (+3,3%), mărfuri nealimentare (+2,4%). O astfel de scumpire n-a mai avut loc din luna februarie 1998. Comparativ cu luna ianuarie 1999, rata inflaţiei a fost de 142,4% la alimente, 89,8% la servicii şi 60,0% la mărfuri nealimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Scăderi masive au fost mai ales în sectorul nealimentar (cu 11,2% per total, din care menționăm cifra de afaceri cu medicamente și produse de igienă care a scăzut cu 18,7% și cifra de afaceri cu obiecte de îmbrăcăminte, care a scăzut cu 15,7%).

2.3. Șomajul și implicațiile sale pe plan social și psihologic la începutul anului 2000

Pe plan social în această perioadă au loc puternice mișcări sociale de protest față de situația actuală din țară. La Petroșani greva foamei a încetat în data de 3 februarie 2000 după ce guvernul le-a promis ajutor celor 408 mineri. Această formă de protest a fost continuată de greva foamei a celor 75 mineri din Uricani și 125 mineri de la Lupeni.

Procesul de restructurare are un profund ecou negativ în rândul cetățenilor. Restructurarea are ca efect principal creșterea ratei șomajului și în final aduce sărăcie. Un loc de muncă reprezintă o pâine sigură pentru cel care trăiește din salariu și așa mizer. Șomajul înseamnă în ultimă instanță privarea oamenilor de dreptul garantat de lege, dreptul de a munci. Șomajul are profunde implicații și pe planul psihologic al oamenilor, cei disponibilizați având sentimentul inutilității, resemnării și culpabilității. Aceleași implicații psihologice există și la pensionari care în actualele condiții nu pot duce o viață decentă.

Operatorii economici, factorii de decizie privesc ca un succes faptul că reușesc să închidă cât mai multe instituții ce are ca principal efect mărirea numărului celor disponibilizați. Cât despre posibilitățile de asigurare a noi locuri de muncă care să absoarbă forța de muncă disponibilizată, acestea sunt nesemnificative. Spre exemplu, s-au făcut aprecieri eronate în ceea ce privește posibilitatea ca un miner disponibilizat să devină om de afaceri cu suma de 15-20 milioane de lei acordată în momentul disponibilizării. Erorile de tot felul făcute de-a lungul primului deceniu al tranziției au avut ca principal efect secarea trezoreriei și blocarea economiei naționale.

Sentimentul de disperare a cuprins un număr mare de oameni. Formele de protest au ajuns la manifestări paroxistice, ajungându-se la autoincendieri făcute în fața unor instituții ale statului și la alte forme de sinucidere care sunt din ce în ce mai frecvente. Din acest punct de vedere situația este îngrijorătoare și nu trebuie să lase pe nimeni pasiv. Politica de partid nu trebuie să primeze înaintea politicii economice și sociale. Se pune problema intrării rapide a reformei în normalitate, dar se pune întrebarea când și cum va intra aceasta în normalitate?

Scanned with OKEN Scanner

Situaţia confuză din România, întârzierea reformelor economice, lentoarea inadmisibilă a proceselor de restructurare a instituţiilor statului, a legilor şi lipsa de transparenţă în decizii sunt factori care produc exasperare în societatea de tranziţie.

2.4. Procesul de reformă şi ecoul ei în rândul populaţiei la începutul anului 2000

Populaţia nu respinge procesul de reformă, ci înfăptuirea necorespunzătoare a acestuia de către politicieni. În acest sens, nu sunt lipsite de importanţă rezultatele sondajului de opinie efectuat de Institutul de Sociologie şi Opinie Publică (I.S.O.P.) din cadrul Fundaţiei „România de Mâine", la întrebarea „Credeţi că se va face reformă în România?" 69% din cei intervievaţi au răspuns pozitiv (46% afirmă că s-ar putea face, iar 23% că se va face cu siguranţă).

Românii au ajuns la concluzia că procesul de reformă a fost condus ineficient de guvernanţi, direcţia de mers a acestuia fiind oscilantă şi nesigură. Oamenii au ajuns dincolo de limita suportabilităţii, ei pierzându-şi încrederea chiar şi în sindicate. Optimismul oamenilor s-a tocit în zece ani de picaj. O societate bolnavă de suspiciune nu poate fi un partener activ la un drum lung.

2.5. Industria la începutul anului 2000

Anul 1999 s-a încheiat din punct de vedere economic, din păcate, cu indicatori la fel de slabi ca şi în anii anteriori (Comisia Naţională de Statistică, anul 2000).

Asistăm în continuare la o scădere cu 8% în valori absolute a producţiei industriale, fapt care se adaugă la scăderile de peste 23% din anii 1997 şi 1998. Aceste minusuri apar în toate ramurile de activitate: metalurgie (-36,5%), prelucrarea ţiţeiului şi cocsificarea cărbunelui (-26,3%), echipamente şi aparate de radio (-25,1%), industria textilă şi a produselor textile (-23,9%), prelucrarea cauciucului şi a maselor plastice (-23,4%), maşini şi echipamente (-22,1%). De exemplu, efectuând o analiză mai aprofundată în sectorul prelucrării ţiţeiului şi a cocsificării cărbunelui, s-a constatat că în anul 1998 s-au extras 6 300 mii tone ţiţei din cele 15 000 sonde de pe uscat şi de pe platoul continental al Mării Negre, iar producţia de gaze a fost de 5 337 946 mii m.c., iar în anul 1999 toate aceste cantităţi au fost diminuate cu 26,3%.

Au existat şi ramuri care au prezentat unele creşteri: confecţionarea articolelor de îmbrăcăminte (+13,8%), celuloză şi hârtie (+10,7%), mobilier (+11,4%),

Scanned with OKEN Scanner

precum şi la producţia de instrumente şi aparatură medicală, unde s-a înregistrat cea mai mare creştere (+35,4%).

2.6. Bugetul şi rata inflaţiei la începutul anului 2000

Bugetul pe anul1999 a fost construit ţinând cont de o rată anuală a inflaţiei de 25%, jumătate din cea efectiv realizată. Bugetul realizat pe anul 1999 a fost de 100,6% faţă de cel prognozat, dar nu se ştie cu exactitate cine a contribuit mai mult la depăşirea planului de venituri convenit cu Fondul Monetar Internaţional (F.M.I.): inflaţia sau politica fiscală! Rata inflaţiei propusă de guvern la bugetul pe anul 2000 este de 27%, iar valoarea maximă a dolarului de 20 500 lei. La stabilirea ratei inflaţiei pe anul 2000 s-a ţinut cont de efectele cuantificate ale reformei fiscale cât şi de efectele datorate ajustării la energie[6].

2.7. Agricultura la începutul anului 2000

Agricultura pe anul 1999 a fost, de asemenea, în declin puternic faţă de anul 1998. Am asistat la o scădere a producţiei de grâu şi secară faţă de anul 1998 cu 525,4 mii tone (-10,1%). De asemenea, au avut loc scăderi la producţiile de orz şi orzoaică faţă de anul 1998 cu 219,4 mii tone (-17,7%), la producţia de sfeclă de zahăr (9 46,5 mii tone, ceea ce echivalează cu un minus de 40,1%) şi la producţia de fructe (95 mii tone sau echivalentul acesteia -9,2%). În schimb a crescut producţia de porumb cu 2 311,4 mii tone (+26,8%) faţă de cea din anul 1998, acest spor contribuind în mare măsură la creşterea cu 10,3% a producţiei de cereale boabe pe anul 1999 comparativ cu producţia de cereale boabe din anul 1998. S-au înregistrat creşteri şi la producţia de cartofi (+19,2%), legume (+8,8%) şi plante uleioase (+21,9%) (Comisia Naţională de Statistică, februarie 2000).

Deşi există un declin puternic, agricultura şi industria alimentară contribuie, într-un procent mare, la formarea P.I.B.-ului. Ele sunt ramuri primare creatoare de plusvaloare, prin produsele de importanţă vitală care sunt folosite mai departe în alte sectoare creatoare de P.I.B. În acest sens sunt edificatoare rezultatele sondajului de opinie I.S.O.P. efectuat în perioada 2-8 ianuarie 2000 de către Fundaţia „România de Mâine". La întrebarea „Ce domeniu credeţi că ar trebui sprijinit în primul rând pentru ca România să iasă rapid din criză?" a reieşit că pe

---

[6] În anul 1999 rata inflaţiei a fost de 54,8%, devalorizarea leului faţă de dolar a fost de 66,7%. Media dobânzilor plătite de bănci a fost de 62%.

Scanned with OKEN Scanner

primul loc s-ar afla agricultura (43,74%), pe locul al doilea s-ar fi aflat industria cu (18,82%), iar locul al treilea ar fi ocupat de turism (7,07%).

Zootehnia a continuat, de asemenea, involuţia din anii anteriori. Astfel s-au înregistrat scăderi la producţia de porcine (cu 1 243 000 mai puţine capete decât în anul 1998, echivalente cu un minus de 17,3%) şi la producţia de ovine şi caprine (cu 467 700 mai puţine capete decât în anul 1998). S-a înregistrat un număr nesemnificativ crescut de bovine comparativ cu anul 1998 (+0,4% sau 12 200 capete).

Se pune însă întrebarea: cine munceşte pământul? Aşa cum reiese din statisticile pe care le-am prezentat, tinerii au cam dispărut. Au fost lăsate şi continuă să se lase în paragină suprafeţe mari de pământ. Îmbătrânirea populaţiei rurale, „emigrarea" tinerilor în oraşe datorată inexistenţei posibilităţii de a-i determina să rămână în sate sunt factori care au ca rezultat ineficienţa legii nr.18/1991 (completată de Legea nr.169/1997 şi Legea nr.1/2000). Atâta timp cât proprietatea funciară este lipsită de existenţa unei dotări tehnice corespunzătoare precum şi de existenţa unui management modern, producţia agricolă va fi în continuare ineficientă. La 14 martie 2000 existau în România 4,5 milioane ha nearate (din 10 milioane ha); alte 7,5 milioane ha nu pot fi însămânţate în această primăvară. Fertilizarea fazială a cerealelor nu depăşeşte 8-10%, nu sunt asigurate condiţiile pentru irigare, procurare de seminţe selecţionate, produse fitosanitare (după ce în anul 1999 au fost cele mai slabe producţii agricole din ultimul deceniu). Acestea sunt concluziile celei de-a 12-a ediţie a Expoziţiei Internaţionale de Pesticide din 12 martie 2000. În ultimii zece ani produsele agricole s-au scumpit de 536 ori, iar cele industriale de 1 425 ori (acest dezechilibru economic anihilează orice posibilitate de progres în agricultură). Actualele condiţii, existenţa a numeroase parcele de pământ (în medie aproximativ 2,3 ha teren de gospodărie) nu vor permite apariţia unor rezultate economice corespunzătoare, lăsând impresia că privatizarea în agricultură este contraproductivă. Toţi aceşti factori contribuie şi în continuare la perpetuarea atmosferei sumbre existente în satul românesc. Aceleaşi sondaje I.S.O.P. consideră însă că în viitor numărul celor care vor locui la sate va creşte (54,66%), fapt care confirmă ideea legată de sprijinul care trebuie acordat în primul rând refacerii agriculturii pe baze moderne şi ocuparea locului care i se cuvine în economia ţării.

2.8. Comerţul exterior la începutul anului 2000

Exporturile româneşti au înregistrat în anul 1999 o creştere de 2,5%, cifrându-se la 8,5 miliarde dolari, cel mai înalt nivel din ultimul deceniu (date publicate de Ministerul Industriei şi Comerţului). Deficitul balanţei comerciale a fost mai mic cu circa 50% faţă de cel din 1998, soldul negativ al balanţei

Scanned with OKEN Scanner

comerciale fiind de 1 656,5 miliarde dolari față de 3 093,5 miliarde dolari în anul 1998 (Comisia Națională de Statistică, februarie 2000). Importurile C.I.F. realizate în perioada 1.01.1999 - 30.11.1999 au însumat 9 304,9 milioane dolari, fiind în scădere cu 13,1%. Pentru prima dată în ultimii 7 ani exportul de produse ale industriei constructoare de mașini (inclusiv electrotehnice) care s-a cifrat la 1,47 miliarde dolari a ocupat locul al doilea cu 17,3% din totalul exporturilor, aflându-se imediat după exportul de produse din industria textilă și de pielărie. De asemenea, au fost exportate și produse ale industriei metalurgică și siderurgică. În anul 1999 România și-a consolidat relațiile economice cu Uniunea Europeană spre care s-a îndreptat 65,5% din exporturile românești, cu 11,5% mai mult decât în anul 1995, anul intrării în vigoare a acordului comercial cu Uniunea Europeană. Un alt partener a fost gruparea economică C.E.F.T.A. (7% din export față de 4,5% în anul 1995). Un ritm accelerat l-a cunoscut și relațiile cu Turcia (în anul 1999 exportul a crescut cu 19% față de anul 1998). Trebuie menționat, însă, și faptul că la această reducere masivă a deficitului balanței comerciale a contribuit și scăderea activității sectoarelor energofage și, implicit, scăderea importurilor de energie.

Lipsa de la export a unor produse românești se datorează faptului că deocamdată ele nu sunt competitive din punct de vedere calitativ. De asemenea, nu există dotări tehnice moderne și eficiente, produsele românești necorespunzând în mare parte exigențelor de pe piața externă. Produsele românești pot fi în prezent competitive numai datorită costurilor reduse ale forței de muncă. Se impune deci modernizarea rapidă a tehnologiei de fabricație, fapt ce necesită investiții.

2.9. Priorități strategice economice pentru anii 2000-2004 și în perspectivă pentru anii 2008-2010

În proiectul de raport din 31 ianuarie 2000, intitulat „*Coordonatele strategiei economice pe termen mediu ale României*", primul ministru Mugur Isărescu afirmă clar că nu există altă soluție la „alternativa realistă de atragere masivă de capital străin". Creșterea competitivității economice înseamnă de fapt anularea deficitului comercial, creșterea exportului și atragerea investitorilor străini. Criteriile care se cer a fi îndeplinite sunt: alinierea la standardele europene și la acordurile internaționale semnate de România, asigurarea creșterii economice prin ritmuri medii aflate peste media mondială la ramura cu cerere în expansiune. Pentru aceasta se impune o dezvoltare selectivă a unor sectoare productive ca industria, agricultura și construcțiile. Factorii care favorizează dezvoltarea

Scanned with OKEN Scanner

industriei sunt ratele înalte de economisire şi investiţii, creşterea capacităţii de absorbţie a pieţei interne şi a potenţialului de export, transferul de tehnologie şi investiţii de capital străin.

Prioritățile strategice economice pe termen mediu care trebuie susținute şi protejate pentru dezvoltare sunt pentru industrie, în primul rând industria alimentară (fapt ce impune protejarea şi susţinerea dezvoltării agriculturii), apoi industria petrochimică, industria energetică şi turismul.

Rolul statului este să intervină, să coreleze dezechilibrele şi să asigure funcţionarea diferitelor sectoare economice viabile.

Primul ministru propune în raportul menţionat „grăbirea privatizării marilor întreprinderi cuprinse în programul P.S.A.L., accelerarea privatizării CONEL, ROMGAZ etc., reducerea numărului de societăţi considerate «strategice» şi accelerarea privatizării lor."

Tot primul ministru spune că „veniturile din privatizare vor fi folosite integral pentru răscumpărarea datoriei publice".

Din raportul primului ministru rezultă că:

- strategia de dezvoltare pe termen mediu (aflată în curs de elaborare) este pentru perioada anilor 2000-2004 şi în perspectivă pentru anii 2008-2010;
- este un document necesar pentru începerea negocierilor cu Uniunea Europeană;
- creşterea economică (ritm anual al P.I.B.) nu poate fi asigurată fără o gândire coerentă, concepută în succesiune pe mai mulţi ani;
- aproape 70% din populaţie, conform unui sondaj recent efectuat, doreşte ca România să fie integrată în Uniunea Europeană. Direcţia este bună, greşindu-se însă maniera în care se efectuează deplasarea;
- este nevoie de o schimbare de concepţie;
- este de subliniat că strategia economică pe termen mediu şi practica efectivă a dezvoltării sociale transparente pot pune temei solid unui curs funcţional şi fluent al actului de guvernare, care să nu sufere modificări de direcţie cauzate de dinamica electorală sau de eventuale remanieri şi schimbări de guverne.

În concluzie, premisele constructive ale viitorului imediat şi soluţiile care se impun pentru continuarea procesului de tranziţie către economia de piaţă, din acest deceniu, sunt condiţionate de cunoaşterea, recunoaşterea şi îmbunătăţirea situaţiei economice şi sociale din ţară.

Numai în acest mod se poate depăşi stadiul actual socio-economic atât de costisitor al tranziţiei către economia de piaţă.

Din proiectul de buget pe anul 2000, propus de guvern, rezultă următoarele estimări:

- inflaţia - 27%;

Scanned with OKEN Scanner

- cursul mediu dolar = 20 500 lei;
- deficitul bugetar - 3% din P.I.B.;
- totalul veniturilor bugetare - 237 838,5miliarde lei, iar cel al cheltuielilor de 259 616,3 miliarde lei. Din veniturile realizate din privatizare şi cele ale Agenţiei de Valorificare a Activelor Bancare nu va fi cheltuită nici o sumă pentru consum;
- veniturile din privatizare sunt estimate la 7 996 miliarde lei, iar cele recuperate de Agenţia de Valorificare a Activelor Bancare sunt estimate la 2 000 miliarde lei;
- ca urmare a aplicării legii impozitului pe profit, veniturile provenite din impozitele pe salarii vor scădea la 2,5% din P.I.B. faţă de 3,5% din P.I.B. cât era în bugetul pe anul 1999;
- pierderile de venituri cauzate de reducerea impozitului pe profit şi de noua modalitate de impozitare a veniturilor sunt contrabalansate de unificarea cotei de TVA şi reaşezarea accizelor astfel încât pe ansamblu veniturile bugetare ale anului 2 000 să crească cu 1% din P.I.B.;
- principalele modificări ale bugetelor din anul 2 000 se vor datora creşterii ponderii veniturilor din impozitele indirecte şi scăderea celor din impozitele directe. De exemplu, impozitul pe salariu, care în anul 1999 a reprezentat 5,3% din P.I.B., în anul 2000 va fi de circa 2,5% din P.I.B.;
- valoarea P.I.B.-ului pe anul 2000 va fi de 728 545 miliarde lei.

2.10. Principalele propuneri făcute de România la Comunitatea Europeană (Bruxelles, 2000)

Redăm în continuare ideile principale cuprinse în Declaraţia politică a României prezentată la Bruxelles (Uniunea Europeană, martie 2000).

Strategia naţională de dezvoltare economică a României reliefează modul prin care se vor creea condiţiile necesare pentru:

- asigurarea creşterii economice pe baza sporirii ratei investiţiilor, prin participarea capitalului naţional şi atragerea resurselor externe, astfel ca, după anul 2001, ritmurile medii anuale de creştere a P.I.B.-ului vor fi de 4,5%;
- creşterea credibilităţii instituţiilor şi politicilor economice, continuarea măsurilor de stabilizare macroeconomică prin asigurarea unor deficite bugetare în jurul cifrei de 3% din P.I.B., reducerea deficitului cvasifiscal, gestionarea datoriei publice şi deficitului contului curent, în scopul reducerii inflaţiei care în anul 2004 va fi exprimată printr-o singură cifră;
- promovarea unei politici coerente compatibile cu mecanismele U.E., vizând ajustarea structurală a economiei, dezvoltarea şi modernizarea infrastructurii fizice,

Scanned with OKEN Scanner

ştiinţifice şi sociale, revitalizarea şi retehnologizarea industriilor cu potenţial competitiv, construirea unei agriculturi întemeiate pe exploataţii de dimensiuni optime, sprijinirea activităţilor bazate pe tehnologia informaţiei, crearea unui mediu prielnic pentru extinderea şi dezvoltarea turismului, diversificarea serviciilor financiare a sectorului terţiar în general;

- modernizarea serviciilor de utilitate publică;

- elaborarea şi asumarea unui program pe termen lung pentru eliminarea riscurilor şi accidentelor ecologice şi reducerea continuă a nivelurilor de poluare a mediului înconjurător;

- crearea unui mediu de afaceri prielnic bazat pe cadru legal coerent şi stabil care să asigure dezvoltarea competiţiei de piaţă, reducerea costurilor şi diminuarea poverii fiscale, promovarea unor măsuri de stimulare a întreprinderilor mici şi mijlocii;

- definirea clară a drepturilor de proprietate, asigurarea unor structuri administrative şi judiciare adecvate, capabile să asigure aplicarea legii şi respectarea obligaţiilor contractuale.

Transpunerea acestor idei în viaţă va permite sporirea veniturilor reale, combaterea sărăciei, scăderea şomajului (estimat a fi de 13% în anul 2000 şi reducerea acestuia la circa 8% în anul 2004). Estimat în putere de cumpărare P.I.B.-ul pe locuitor va ajunge la circa 8 400 Euro în anul 2005. De asemenea, se exprimă ideea că datorită acestor realizări, în anul 2007 România va îndeplini condiţiile esenţiale de aderare. (Semnatarii acestei declaraţii sunt toate partidele parlamentare; Declaraţia urmează a fi prezentată Comisiei U.E. la Bruxelles la data de 20 martie 2000, iar până la 15 mai va fi realizată forma extinsă inclusiv planul de măsuri cu scadenţe precise pe trimestre şi ani).

2.11. Probleme politico-financiare legate de deteriorarea situaţiei economice postdecembriste din ţara noastră

În fond ce s-a întâmplat cu economia României în aceşti ultimi 10 ani?

Cu excepţia guvernului Nicolae Văcăroiu, care a şi realizat o creştere economică, reforma promovate de guvernele succesive ale României a fost una de „demantelare a economiei româneşti" soluţie implementată la propunerea profesorului Jeffrey Sachs[6] (care a pornit de la premiza falsă că nimic din construcţia economică a regimurilor comuniste nu a fost valabil şi de aceea trebuie să se facă „*tabula rasa*" cu aceste economii şi să se ia totul de la început).

---

[6] *The economic theory of the transition. What is to be done*, „The economist", 13 ianuarie 1990.

Scanned with OKEN Scanner

Instrumentele de punere în aplicare a acestei teorii (pentru această gravă eroare Jeffrey Sachs şi-a cerut scuze în anul 1999 cu ocazia prezenţei sale la Bucureşti) au fost Banca Mondială şi Fondul Monetar Internaţional (instituţii contestate în prezent în majoritatea lumii, inclusiv în S.U.A.; la ultima reuniune a Internaţionalei Socialiste s-a cerut înlocuirea acestora cu un Consiliu de Securitate Economică a Organizaţiei Naţiunilor Unite).

Terapia de şoc recomandată de Sachs nu a fost susţinută în România. Regimul preşedintelui Iliescu a respins liberalizarea totală a preţurilor, a evitat falimentările şi concedierile masive de muncitori, căutând să menţină marile combinate industriale şi a orientat eforturile de privatizare sau cumpărare a întreprinderilor de către directori şi muncitori, excluzând în mare măsură capitalul străin. Guvernul a fost, de asemenea, prudent în legătură cu liberalizarea regimului. comerţului. Ca rezultat al acestei politici el a fost refuzat în repetate rânduri de I.F.I.S. (instituţii financiare internaţionale). Iniţial, România a suferit acute tensiuni interne ca rezultat al tranziţiei de la regimul Ceauşescu. Ea a suferit şi o acută insuficienţă a circulaţiei valutare. Totuşi, ca şi Polonia, economia românească şi-a reluat ritmul de creştere în anul 1993, cu o mărire de 1% a P.I.B. care a crescut cu 3,4% în anul 1994 şi cu peste 4% în anul 1995 (vezi tabelul 15).

Grupul NOMURA de servicii financiare japoneze a făcut următoarea apreciere comparativă despre economia românească din anul 1994: „România, prea puţin remarcată de Occident, a reuşit anul trecut cel mai important rezultat din Europa de Est. Aceasta nu înseamnă că experienţa românească ar trebui ridicată la rangul de strategie superioară faţă de cea poloneză...". Aceasta sugerează însă, două posibile direcţii de investigaţii: în primul rând, România nu a avut o datorie externă semnificativă, ceea ce a făcut-o să se afle într-o situaţie similară cu Polonia căreia i s-a redus datoria externă, iar în al doilea rând terapia de şoc nu este deloc un panaceu dacă programele creşterii economice recente constituie criteriul de judecată. România s-a revigorat de departe mult mai puternic decât Ungaria şi Republica Cehă[7].

Rezultatele politicii actualei coaliţii guvernamentale reflectă din plin evoluţia negativă a principalilor indicatori economico-sociali[8].

---

[7] Peter Gowan, *The neoliberal theory and its application in Eastern Europe*, „New left review" nr.215, sept.-oct.1995.

[8] Regimul Iliescu a fost schimbat în urma alegerilor din noiembrie 1996.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 15

Indicatori economico-sociali	Anii		
	1989	1996	1999
Produsul intern brut (P.I.B.)	100%	88,0	73,5
Ponderea sectorului privat din P.I.B. (%)	100%	52,5	61,5
Numărul total de salariaţi din care: - în industrie - în administraţia publică	100%	72,3* 68,3* 125,0	54,6** 49,7** 136,0**
Populaţia ocupată	100%	87,0***	80,6***
Ponderea populaţiei ocupate în agricultură (%)	100%	35,4	37,0
Numărul total al populaţiei (%)	100%	97,6	97,0
Sporul natural al populaţiei (%)	100%	-2,5	-1,2
Salariul real	100%	74,6*	62,4**
Pensia reală	100%	58,2*	42,4**

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, Buletin statistic lunar, anul XI, nr.1, 2000, pag. 1-2.

Guvernele care s-au succedat după luna noiembrie 1996 au reuşit ca în trei ani să realizeze o reducere a P.I.B.-ului cu 16,5%.

Ca urmare numărul salariaţilor pe economie, în toată această perioadă, s-a diminuat cu 3,7 milioane, iar cel din industrie s-a înjumătăţit. Cu toate acestea numărul salariaţilor din administraţia publică a crescut cu 70%.

O altă latură negativă, analizată pe larg în acest capitol, s-a reflectat în forţarea pensionării multor oameni şi în trecerea în şomaj. Ca urmare sunt cei peste 6 milioane pensionari şi aproape 1,2 milioane şomeri existenţi în prezent, în timp ce numărul total al salariaţilor pe economie a scăzut sub 4,5 milioane. Prin această politică nefastă se explică deficitele cronice ale bugetelor de asigurări sociale şi proliferarea sărăciei şi a mizeriei. În acest domeniu se înscrie şi reducerea salariului real cu peste 30% şi a pensiilor reale cu aproape 30%, care a dus în pragul sărăciei circa 70% din populaţie.

* faţă de anul 1990.
** ianuarie 2000 faţă de anul 1990.
*** faţă de anul 1991.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Bărbat Al., *Teoria statisticii sociale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1992.

Creţeanu M., *Studiul factorilor de risc aterogen la o populaţie din Bucovina*, teză de doctorat, U.M.F. Bucureşti, 1999.

Dumitrache L., Armaş I., Gowan Peter, *The health state of the Romanian population during the transition period,* Geojournal *44.2; 158-160.*

The neoliberal theory and its application in Eastern Europe,„New Left Review" nr.215, sept.-oct.1995.

Marmot G., Bosma H., *Contribution of job control on other risk factors to social variation in coronary heart disease incidence*, Lancet, 1997, 350, p.235.

Mincu I., Dumitrache L., Armaş I., *Sănătatea în perioada de tranziţie*, comunicare la cel de-al XXV-lea Congres de Diabet, Nutriţie şi Metabolism, Cluj-Napoca, 1999.

Moser C.A., *Metodele de anchetă în investigarea fenomenelor sociale*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1967.

Ornish D., Brown E., *The lifestyl heart trial*, „Lancet", 1990, 326, 129.

Orth Gomer K., Horsten M. and col., *Social relation saw extent severithy of coronary artery disease*, E.N.J., 1998, 19, 1648.

Sachs Jeffrey, *The economic theory of the transition. What is to be done*, „The economist", 13 ianuarie 1990.

Welin L., Tibblin G., *Perspective study of social influence on mortality*, „Lancet", 1984, 1, 915.

*** Comisia Naţională de Statistică, 1998.

*** Comisia Naţională de Statistică, 1999 (date publicate în: ziarul „Adevărul" din 6 decembrie 1999; ziarul „România Liberă " din 26 noiembrie 1999; ziarul „România Liberă" din 26 noiembrie 1999;

Scanned with OKEN Scanner

ziarul „Adevărul" din 13 octombrie 1999; ziarul „Adevărul" din 29 octombrie 1999; ziarul „Cotidianul" din 9 iulie 1999; ziarul „Adevărul" din 6 decembrie 1999; ziarul „Adevărul" din 16 noiembrie 1999; ziarul „România Liberă" din 15 decembrie 1999).

*** Comisia Națională de Statistică, A.I.G. - publicată în februarie 2000.

*** Declarația politică a României prezentată la Bruxelles (20 martie 2000).

*** Direcția Generală de Statistică a Ministerului Sănătății (date publicate în ziarul „România Liberă" din 15 decembrie 1999).

*** Raportul „O guvernare responsabilă pentru România" prezentat de Tudor Mohora la Conferința extraordinară a P.S. din 22 martie 2000.

Scanned with OKEN Scanner

„Destinul nostru depinde de capacitatea de a ne debarasa de ceea ce a generat la noi o lungă anormalitate"
Heraclit din Efes (c.544 - c. 483 î. Hr.), filosof grec

CAPITOLUL II

TRANZIŢIA ŞI STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA

2.1. Clasamentul stării de sănătate a populaţiei din ţările europene

În „Health Care Europe" (februarie1999), în urma unui studiu efectuat în 35 de ţări din Europa, pe baza analizei a 14 indicatori de sănătate, s-a ajuns la definirea stării de sănătate a populaţiilor din ţările respective. România se plasează pe unul din ultimele locuri, iar printre indicatorii analizaţi enumerăm speranţa de viaţă, rata mortalităţii infantile, numărul de bolnavi de S.I.D.A., rata mortalităţii în rândul celor bolnavi de cancer, rata mortalităţii prin boli cardiovasculare, rata mortalităţii prin boli respiratorii, numărul de fumători, programele de sănătate, consumul de alcool, calitatea asistenţei medicale, alimentaţia şi stilul de viaţă al locuitorilor. Starea de sănătate a populaţiilor din ţările analizate este redată indicial în figura 1, pag 452.

2.1.1. Rata mortalităţii generale în ţările europene selectate

În tabelele următoare se arată evoluţia mortalităţii generale în câteva ţări europene: neselectate în tabelul 2 şi selectate pentru perioada anilor 1970-1975, 1990-1995 şi 1997 în tabelul 1.

Tabel 1

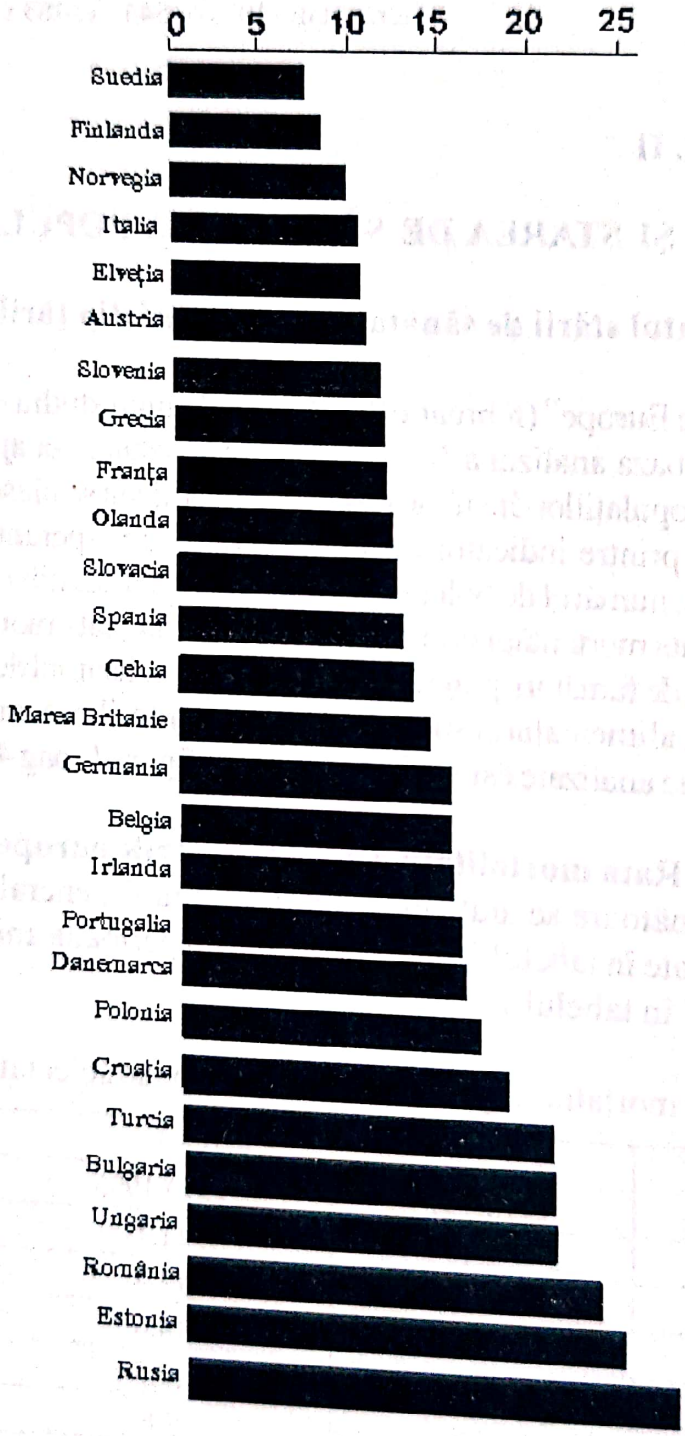
Rata mortalităţii generale în ţări europene selectate

Ţări	Perioada		
	1970-1975	1990-1995	1997
România	9.4	11.1	12.7
Bulgaria	9.7.	12.7	13.4
Ungaria	11.8	14.6	14.1
Polonia	8.3	10.5	10.0
Franţa	10.6	9.8	9.2
Italia	9.8	9.9	9.6
Olanda	8.3	8.8	8.9

Sursa: World Ressources 1996-1997.

Scanned with OKEN Scanner

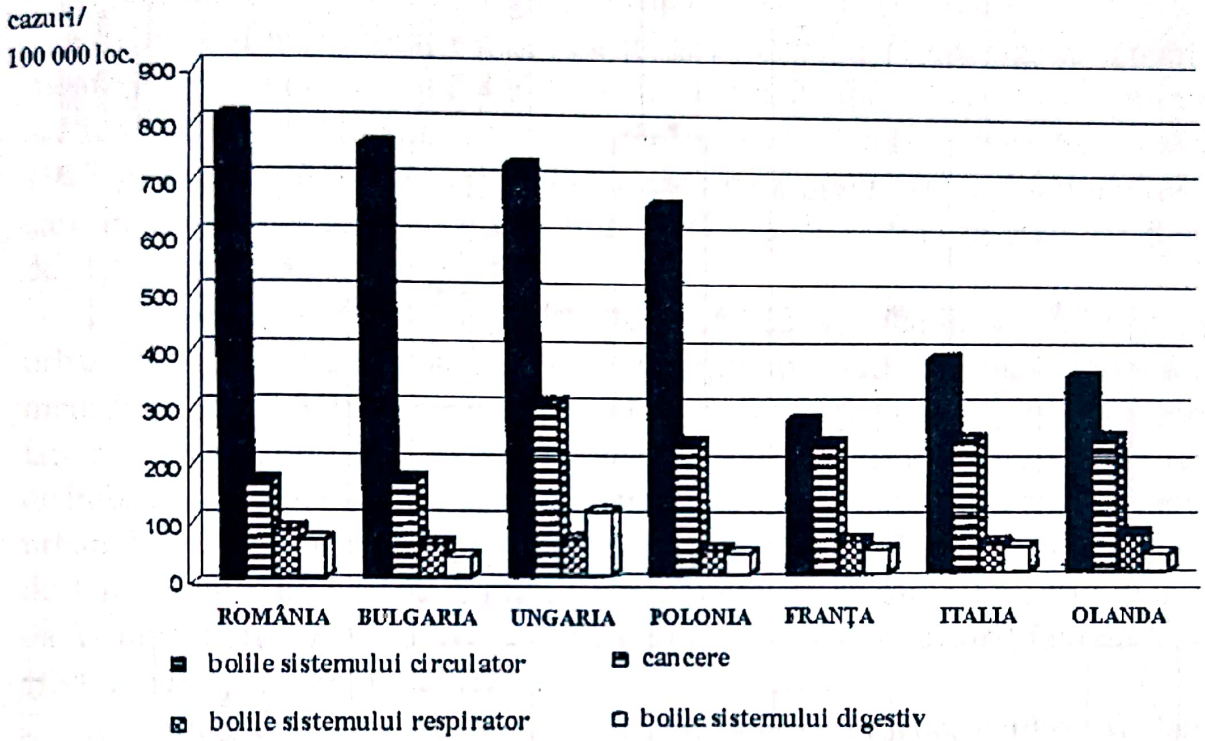
Clasamentul stării de sănătate a populației în țările europene (Health Care, 1998)



Scanned with OKEN Scanner

Fig.2

Principalele cauze de mortalitate în ţările europene selectate



Analiza modului de viaţă din România impune cunoaşterea situaţiei exacte a structurii social-economice a populaţiei, aşa cum există ea în această perioadă (partea a III-a, capitolul I şi fig.4 de la pagina 454 din acest capitol).

Veniturile populaţiei au o influenţă nefastă asupra nivelului de viaţă, consumului alimentar, stării de nutriţie şi implicit asupra menţinerii stării de sănătate.

Interrelaţia dintre indicatorii analizaţi arată de ce România prezintă o stare precară în ceea ce priveşte sănătatea populaţiei.

Din analiza consumului mediu pe cap de locuitor la principalele produse alimentare, efectuată din punct de vedere cantitativ, calitativ şi caloric, se pot sublinia câteva aspecte care persistă de câţiva ani de zile în România (vezi cap.III, partea a III-a):

a) există o scădere a consumului de proteine animale (carne, lapte, ouă);

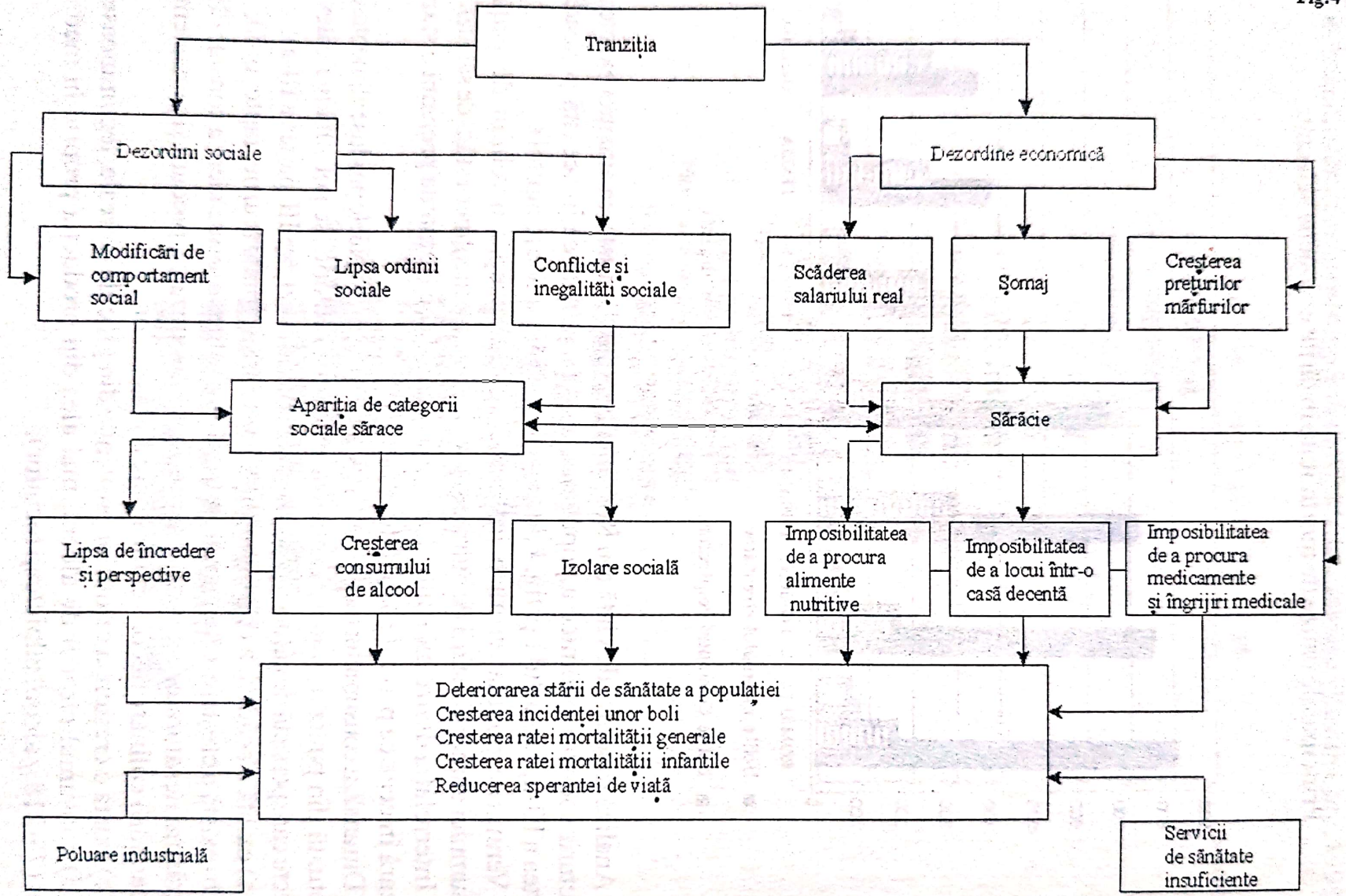
b) există o creştere a consumului de grăsimi saturate şi o scădere a consumului de grăsimi nesaturate (mononesaturate şi polinesaturate), precum şi persistenţa prepararării culinare necorespunzătoare a grăsimilor;

c) există o creştere a caloriilor provenite din glucide (cereale, leguminoase);

d) consumul crescut de alcool, mai ales din producţia proprie în mediul rural (75-218 g alcool zilnic/cap locuitor);

Scanned with OKEN Scanner

Fig.4



Sursa: Dumitrache Liliana şi Iuliana Armaş, *Geojournal* 44, 2, p.151

Scanned with OKEN Scanner

e) fumatul în creştere în România (42% dintre bărbaţi, 40% dintre adolescenţi şi 15% dintre femei). Consumul estimat este de 2 339 ţigări pe an/cap locuitor;

f) consumul crescut de sare zilnic/ cap de locuitor (14 g).

Analizând mortalitatea generală pe anul 1998 în România, se remarcă menţinerea ei la nivel ridicat (12/1000 locuitori). Natalitatea este în continuă scădere (10,2/1000 locuitori în anul 1996 faţă de 10,5/1000 locuitori în anul 1997 şi anul 1998) ceea ce duce la o creştere naturală negativă a populaţiei, care în anul 1996 era de -2,5 în anul 1997 era de -1,9 şi în anul 1998 era de -1,5.

Din analiza mortalităţii generale (total 269 200) pe medii de viaţă (rural şi urban) se observă că în anul 1998 se menţine mortalitatea mai crescută în mediul rural (15,3/1000 locuitori) faţă de mediul urban (9,2/1000 locuitori) fapt determinat, probabil, pe lângă asistenţa medicală insuficientă, şi de gradul de îmbătrânire demografică a populaţiei din mediul rural faţă de cea din mediul urban. În mediul rural ponderea populaţiei cu vârsta peste 65 de ani era la data de 1 iulie 1998 de 17,1%, faţă de 9,2% cât era în mediul urban. Tot la acea dată, mortalitatea era mai mare la bărbaţi (13,2/1000 locuitori) faţă de 10,8/ 1000 locuitori cât era la femei.

În profil teritorial cea mai mare mortalitate (totală şi prin boli cardiovasculare) s-a înregistrat în judeţele Teleorman (16,6%), Giurgiu (15,8%) şi Arad (14,9%). Pe medii, cea mai mare mortalitate s-a înregistrat în mediul rural din judeţele Teleorman (19,6%), Dolj (19,6%) şi Sălaj (19,5%), iar în mediul urban, cea mai mare mortalitate s-a înregistrat în judeţul Arad (13,1%). Cea mai mică mortalitate s-a înregistrat în judeţele Iaşi şi Braşov (sub 14%).

O comparaţie mai corectă între judeţe se poate realiza prin standardizarea ratelor de mortalitate (eliminarea influenţei structurii populaţiei pe grupe de vârstă, având în vedere rata mortalităţii populaţiei în vârstă din mediul rural faţă de cea din mediul urban). Astfel, în judeţele cu mortalitate generală mai ridicată, cum sunt Teleorman (16,6%) şi Giurgiu (15,8%), în care ponderea populaţiei cu vârsta peste 65 de ani depăşeşte 18% din totalul populaţiei, ratele de mortalitate standardizate au fost 12,4% şi 12,5%.

Relativ la structura mortalităţii, România se situează pe primul loc în Europa în ceea ce priveşte bolile cardiovasculare (fig.2).

Scanned with OKEN Scanner

2.2. Principalele cauze de mortalitate

Analiza cauzelor mortalității din România (redate în tabelele 4, 5 și 6) situează bolile cardiovasculare pe primul loc în anii 1997 și 1998 (61,44% în anul 1997 și 61,74% din totalul deceselor în anul 1998). Cancerul este situat pe locul al doilea, cu un procent de 1/3 față de mortalitatea prin boli cardiovasculare.

Cauze ale mortalității în România în anul 1996.
Principalele cinci cauze ale mortalității

Tabel 4

Nr crt.	Cauza mortalității	Total decese (în ordine descrescătoare)	Decese raportate la 100 000 locuitori	Decese raportate la % din totalul deceselor
1.	Boli ale aparatului circulator	177 684	785,9	62,09
2.	Tumori (cancer)	38 492	170,3	14,01
3.	Boli ale aparatului respirator	19 489	86.2	6,26
4.	Boli ale aparatului digestiv	17 790	78,7	6,19
5.	Accidente, otrăviri, traumatisme	16 215	71,7	6,09
Total decese:		269 660		

Cauze ale mortalității în România în anul 1997.
Principalele cinci cauze ale mortalității

Tabel 5

Nr crt.	Cauza mortalității	Total decese (în ordine descrescătoare)	Decese raportate la 100 000 locuitori	Decese raportate la % din totalul deceselor
1.	Boli ale aparatului circulator	171 695	761,5	61,44
2.	Tumori (cancer)	39 146	173,6	14,01
3.	Boli ale aparatului respirator	17 492	77,6	6,26
4.	Accidente, otrăviri, traumatisme	17 316	76,8	6,19
5.	Boli ale aparatului digestiv	17 031	75,5	6,09
Total decese:		262 680		

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 6

Cauze ale mortalităţii în România în anul 1998.
Principalele cinci cauze ale mortalităţii

Nr crt.	Cauza mortalităţii	Total decese (în ordine descrescătoare)	Decese raportate la 100 000 locuitori	Decese raportate la % din totalul deceselor
1.	Boli ale aparatului circulator	166 210	738,6	61,8
2.	Tumori (cancer)	39 293	174,6	14,591
3.	Accidente, otrăviri, traumatisme	16 237	72,2	6,03
4.	Boli ale aparatului digestiv	16 123	71,7	5,98
5.	Boli ale aparatului respirator	15 939	70,8	5,92
Total decese:		243 802		

2.2.1. Mortalitatea prin boli cardiovasculare cu patogenie aterogenă şi de alte cauze

În România mortalitatea prin boli cardiovasculare ocupă, în această perioadă, primul loc la cauzele mortalităţii. Ceea ce trebuie menţionat este că asistăm la o creştere dramatică a ratei mortalităţii datorate acestor boli raportată chiar la rata mortalităţii prin boli cardiovasculare din ţările vecine. Astfel, în timp ce în ţările occidentale tendinţa de scădere, în ultimii 30 de ani, a ratei mortalităţii prin boli cardiovasculare este semnificativă, la noi tendinţa de creştere a acestei rate este catastrofală (fig.5)

Tabelul 7 redă mortalitatea prin boli cardiovasculare (numere absolute la 100 000 locuitori şi procentual) în perioada anilor 1970-1998.

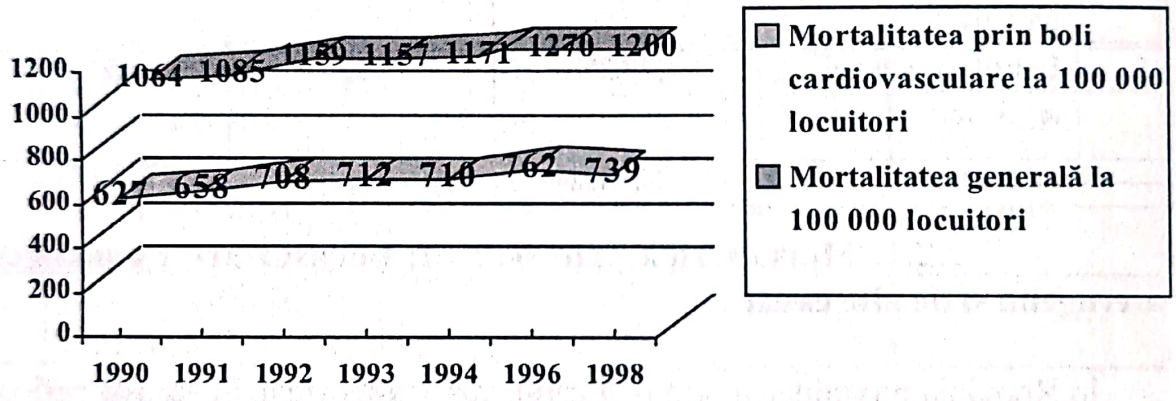
Astfel, dacă în anul 1970 numărul decedaţilor prin boli cardiovasculare era de 92 785, respectiv 458,1/ 100 000 locuitori, iar în procente 48,1% din cauzele mortalităţii. În anul 1990 numărul decedaţilor era de 145 516, respectiv 627/100 000 locuitori şi 58,89% din cauzele mortalităţii. În anul 1998 la o populaţie de 22 500 000 locuitori numărul deceselor prin boli cardiovasculare este de 166 210, respectiv 738,1/100 000 locuitori, deci 61,74% din cazurile de mortalitate. În semestrul I al anului 1999 mortalitatea prin boli cardiovasculare a fost de 836,22 $^{o}/_{oooo}$ (respectiv 858,35$^{o}/_{oooo}$ la femei şi 813,10$^{o}/_{ooo}$ la bărbaţi) sau în cifre absolute 93 559, din toate vârstele (femei 49 056 şi bărbaţi 44 503).

Scanned with OKEN Scanner

Analizând în aceeaşi perioadă mortalitatea la % la diverse tipuri de afecţiuni cardiace, se observă că, procentual, locul 1 (54,98%), ocupat în anul 1970 de alte boli cardiovasculare, de cardiopatiile reumatismale, tulburările de ritm, insuficienţa cardiacă şi alte forme de cardiopatii este preluat, din anul 1990, de accidentele cerebrale, care reprezintă 40,29% din cazurile de mortalitate datorate afecţiunilor cardiace (marea majoritate a accidentelor cardiace fiind de natură vasculară, consecinţă a hipertensiunii arteriale) şi de infarctul miocardic, reprezentând 29,03% din mortalitatea datorată afecţiunilor cardiace. Totalul procentual în aceste cazuri este de 69,32% (tabel 7).

Fig.5

Rata mortalităţii prin boli cardiovasculare în România



Tabel 7

Mortalitatea în România în diverse tipuri de afecţiuni cardiovasculare (în numere absolute şi procentual)[2]

An	Total decedaţi prin boli cardiovasculare la 100 000 loc.	% Total decedaţi prin:				
		accidente cerebrale	hipertensiune arterială	infarct miocardic	cardiopatii ischemice	alte boli cardiovasc.[1]
0	1	2	3	4	5	6
1970	458.1	28.54	10.59	7.33	8.52	54.98
1985	630.6	25.27	14.23	7.37	18.18	34.95
1990	627	26.68	13.59	8.07	20.96	30.70

[1] Cardiopatii reumatismale, tulburări de ritm, insuficienţă cardiacă, alte forme de cardiopatii.
[2] În semestrul I al anului 1999 mortalitatea prin boli cardiovasculare a fost de 836,22°/$_{0000}$ (femei 858,35°/$_{0000}$; bărbaţi 813,10°/$_{0000}$).

0	1	2	3	4	5	6
1994	709,9	33,14	7,93	12,33	21,26	25,34
1996	785,1	32,40	8,42	12,26	20,74	26,18
1997	761,5	33,20	8,16	12,78	21,13	24,73
1998	739	33,5	8,07	13,14	21,01	24,41
1999 sem.I	836,22	32,1	8,87	12,19	22,5	24,34

Datele expuse nu ar prezenta nici un fel de relevanţă dacă în ţările occidentale şi chiar în cele vecine n-am asista la o scădere a mortalităţii generale (date comparative la 100 000 locuitori) şi la o scădere a mortalităţii prin boli cardiovasculare. În tabelul 2 datele sunt extrem de sugestive. În semestrul I 1999 survine o creştere semnificativă[3].

Considerăm că o înţelegere mai profundă a amplitudinii fenomenului este oferită de studiul comparativ al indicatorilor reprezentat de mortalitatea standardizată, de cauză cardiovasculară, în diverse ţări din Europa (standardizare la nivel european).

Pentru o mai bună înţelegere şi abordare a fenomenului vom prezenta datele preluate de la Comisia Naţională de Statistică cu evaluările şi cercetările de rigoare realizate de Secţia de Sănătate Publică a Institutului de Sănătate Publică Bucureşti. Aceste date (preluate de la dr.Albu, Institutul de Igienă Alimentară, sunt expuse în tabelul următor).

Tabel 8

Mortalitatea standardizată pentru afecţiunile cardiovasculare în anul 1996 existentă în unele ţări europene (la 100 000 locuitori)

Ţara	Bolile cardiovasculare
0	1
România[4]	926,0
Federaţia Rusă	784,3
Bulgaria	706,2
Ungaria	647,3
Cehia	576,2
Polonia	571,8

[3] În semestrul I al anului 1999 mortalitatea totală prin boli cardiovasculare era de 836,229‰ repartizată astfel: accidente cerebrovasculare 268,48‰ (32,1% din totalul bolilor cardiovasculare), hipertensiune arterială 79,25‰ (8,87%), infarct miocardic acut 102,00‰ (12,19%), alte forme de cardiopatii ischemice 188,41‰ (22,5%), cord pulmonar cronic 62,48 ‰ (7,47%), alte forme de maladii cardiovasculare 140,6‰ (16,7%).

[4] Mortalitatea nestandardizată, prin boli cardiovasculare, în România a fost în anul 1996 de 785,9‰, în anul 1997 de 761, 5‰, iar în anul 1998 de 738, 6‰.

Scanned with OKEN Scanner

0	1
Portugalia	787,9
Finlanda	385,8
Austria	384,2
Germania	366,3
Grecia	328,4
Suedia	311,5
Norvegia	320,1
Italia	302,7
Spania	284,6
Olanda	280,0
Elveția	261,0
Franța	195,1

2.2.1.1. Mortalitatea prin boli cardiovasculare şi prin alte boli în Franța

Un studiu INSERM efectuat în anul 1996, precum şi o lucrare recentă intitulată *Le vrai savoir faire* (Editions de Rocher, Paris, 1996) demonstrează aceste schimbări profunde în cauzele mortalității din ultimii ani la care se asistă în Franța. Astfel, studiul INSERM efectuat în Franța în anul 1996 pe un număr de 276 791 bărbați decedați, subliniază fără echivoc o mortalitate de numai 9,4% prin cardiopatie ischemică (infarct miocardic, alte cardiopatii ischemice), maladii cardiace legate direct de procesul de ateroscleroză. Acelaşi studiu efectuat pe 258 984 femei decedate arată că numai 8,2% se datorau aceleiaşi cauze.

Studiile INSERM efectuate pe populația cu vârsta cuprinsă între 25 şi 60 de ani arată că mortalitatea la bărbați este de două ori mai mică decât cea produsă de cancer, iar la femeile de aceeaşi vârstă aceasta este de patru ori mai mică.

Studiile INSERM demonstrează că nu toate maladiile cardiovasculare trebuie asimilate cu complicații ale ATS, aceasta fiind numai una dintre cauzele mortalității.

În ceea ce priveşte accidentele cerebrale numai cazurile de „infarct cerebral" sunt legate de ATS, dar există şi embolii cerebrale de origine cardiacă, hemoragii cerebrale şi subarahinoideme (consecințe ale hipertensiunii arteriale, lacune etc.), tumori cerebrale.

Detectarea precoce a unor factori de risc cardiovascular cerebral se impune însă în toată lumea medicală. Hipertensiunea arterială constituie prima cauză şi este legată în mare parte de alimentație, mod de viață, consum de sare, tabagism, alcoolism şi factorul lipidic. Există însă şi tulburări de ritm şi valvulopatii.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 9

2.2.1.1. Mortalitatea prin boli cardiovasculare în Franţa (anul 1996) pentru toate vârstele

Bărbaţi			Femei		
Cauza mortalităţii	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor	Cauza mortalităţii	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor
0	1	2	3	4	5
Cardiopatii reumatismale	299	0,3	Cardiopatii reumatismale	667	0,7
Maladii hipertensive	2 396	3	Maladii hipertensive	4 041	4,3
Tulburări de ritm	5 348	6,7	Tulburări de ritm	7 131	7,6
Alte maladii ale aparatului circulator	7 953	10	Alte maladii ale aparatului circulator	7 615	8,1
Insuficienţă cardiacă	13 046	16,4	Insuficienţă cardiacă	20 246	21,6
Maladii vasculare cerebrale	18 053	22,7	Maladii vasculare cerebrale	25 441	27,2
Cardiopatii ischemice	21 140	32,8	Cardiopatii ischemice	21 167	22,6
Total	68 235		Total	86 308	

În Franţa cercetările INSERM din anul 1996 demonstrează cauzele mortalităţii, altele decât în România.

Tabel 10

Cauze ale mortalităţii în Franţa (anul 1996)

Bărbaţi			Femei		
Categoria de vârstă	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor	Categoria de vârstă	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor
Toate vârstele	89 213	32,2%	Toate vârstele	58 552	22,6
25-60 ani	17 773	34%	25-60 ani	9 579	43,7
> 90 ani	3 558	14,7%	> 90 ani	6 041	9

Tabel 11

Boli ale aparatului circulator

Bărbaţi			Femei		
Categoria de vârstă	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor	Categoria de vârstă	Total decese	Decese raportate la % din totalul deceselor
Toate vârstele	79 631	28,8	Toate vârstele	93 638	36,1
25-60 ani	7 835	15	25-60 ani	2 427	11,3
> 90 ani	9 340	38,5	> 90 ani	28 934	43,2

Deosebirea de România este elocventă, în sensul că la noi predomină mortalitatea prin boli cardiovasculare, aceasta ocupând primul loc şi situându-se astfel înaintea mortalităţii prin cancer.

Deosebirea între alimentaţia din România, care în ultimele decenii este predominant vegetală, şi cea din Franţa, unde alimentaţia este formată din glucide (40%), lipide (36-38%) şi proteine (16%) (SU.VI.MAX, 1994-1997) ridică deosebite semne de întrebare!

Scanned with OKEN Scanner

2.2.1.2 Mortalitatea prin boli cardiovasculare pe judeţe în România

Un alt fapt care trebuie evidenţiat este că în România predomină în anii 1997-1998 mortalitatea prin bolile cardiovasculare distribuită diferenţial pe diverse judeţe ale ţării, după cum se vede în figurile următoare.

De remarcat este că în anul 1998, în urma analizei mortalităţii prin boli cardiovasculare, se observă o mortalitate predominant crescută prin cardiopatie ischemică în toate cele 14 judeţe din Transilvania. În celelalte judeţe din Oltenia şi Muntenia predomină accidentele cerebrovasculare (ACV): Giurgiu, Teleorman, Brăila, Dolj, Mehedinţi, Olt, Caraş-Severin, Vâlcea, Buzău, Ialomiţa. În tabelele următoare sunt redate ratele mortalităţii la $^{0}/_{000}$ şi incidenţa la % prin boli cardiovasculare/TA (cardiopatie ischemică sau accidente cerebrovasculare datorate în mare parte hipertensiunii arteriale).

Tabel 12

Analiza mortalităţii prin boli cardiovasculare (predominant prin cardiopatie ischemică sau accidente cerebrovasculare) pe judeţe în anul 1998 în raport cu rata de mortalitate (CI/ACV %)

Judeţul	Regiunea	Rata mortalităţii la $^{0}/_{0000}$	Raport între cardiopatie ischemică şi accidente cerebrovasculare (%)
0	1	2	3
Teleorman	Muntenia	1 273	25 CI/41ACV
Sălaj	Ardeal	1 107	42 CI/31 ACV
Giurgiu	Muntenia	1 051	18 CI/41 ACV
Arad	Ardeal	1 004	44 CI/29 ACV
Brăila	Muntenia	927	29CI/31 ACV
Bihor	Ardeal	892	48 CI/26 ACV
Dolj	Oltenia	965	25 CI/38 ACV
Mehedinţi	Oltenia	944	25 CI/26 ACV
Olt	Oltenia	951	21 CI/43 ACV
Caraş-Severin	Banat	873	26 CI/31 ACV
Călăraşi	Muntenia	873	23 CI/34 ACV
Vâlcea	Oltenia	868	27 CI/37 ACV

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3
Buzău	Muntenia	825	30 CI/40 ACV
Alba	Ardeal	822	45 CI/32 ACV
Ialomița	Muntenia	805	22 CI/33 ACV
Cluj	Ardeal	788	46 CI/33 ACV
Satu Mare	Ardeal	795	47 CI/30 ACV
Dâmbovița	Muntenia	776	25 CI/43 ACV
Botoşani	Moldova	769	32 CI/24 ACV
Timiş	Banat	767	36 CI/32 ACV
Mureş	Ardeal	760	52 CI/28 ACV
Ilfov	Muntenia	739	26 CI/38 ACV
Tulcea	Dobrogea	736	27 CI/26 ACV
Hunedoara	Ardeal	753	38 CI/31 ACV
Harghita	Ardeal	728	38 CI/31 ACV
Argeş	Muntenia	728	32 CI/24 ACV
Gorj	Oltenia	728	29 CI/41 ACV
Prahova	Muntenia	715	35 CI/38 ACV
Covasna	Ardeal	704	43 CI/31 ACV
Maramureş	Ardeal	703	47 CI/26 ACV
Vrancea	Moldova	678	25 CI/33 ACV
Bistrița Năsăud	Ardeal	644	46 CI/20 ACV
Vaslui	Moldova	676	21 CI/35 ACV
Sibiu	Ardeal	642	34 CI/31 ACV
Municipiul Bucureşti	Muntenia	642	41 CI/35 ACV
Suceava	Moldova	614	26 CI/24 ACV
Neamț	Moldova	591	38 CI/25 ACV
Galați	Moldova	549	28 CI/33 ACV
Constanța	Dobrogea	535	33 CI/46 ACV
Braşov	Ardeal	531	45 CI/37 ACV
Iaşi	Moldova	495	27 CI/36 ACV
Bacău	Moldova	536	37 CI/30 ACV

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 13

Repartiţia pe regiuni a ratei mortalităţii
prin boli cardiovasculare şi cerebrovasculare

Denumire regiune	Total judeţe	Media mortalităţii peste media pe ţară (>739 $^{o}/_{oooo}$)	Media mortalităţii sub media pe ţară (<739 $^{o}/_{oooo}$)	Mortalitatea prin cardiopatie ischemică	Mortalitatea prin accidente cerebro-vasculare	Observaţii
Ardeal	14	9	5	14	0	
Banat	2	2	-	1	1	
Muntenia şi Oltenia	15	12	3	2	13	
Dobrogea	2	-	2	1	1	
Moldova	8	1	7	4	4	
Municipiul Bucureşti			1	1		

Concluzii

1. În toate judeţele din Ardeal predomină mortalitatea prin cardiopatie ischemică, inclusiv cele cu mortalitatea mai mică decât media pe ţară (Covasna, Maramureş, Bistriţa-Năsăud, Sibiu, Braşov).

2. În majoritatea judeţelor din Muntenia şi Oltenia predomină mortalitatea prin boli cerebrovasculare.

3. În judeţul Tulcea (Dobrogea) predomină mortalitatea prin cardiopatie ischemică.

4. În judeţele Vrancea, Vaslui, Galaţi şi Iaşi din Moldova predomină mortalitatea prin boli cerebrovasculare. În judeţul Botoşani mortalitatea este peste medie, predominând mortalitatea prin cardiopatie ischemică, ca şi în judeţele Bacău, Neamţ şi Suceava unde mortalitatea este, ca şi în judeţele citate anterior, sub medie.

5. În Municipiul Bucureşti predomină mortalitatea prin cardiopatie ischemică.

Analizând pe medii de viaţă (urban şi rural) (tabele 14 şi 15) situaţia bolilor cauzatoare de mortalitate, aceasta rămâne oarecum asemănătoare la nivelul judeţelor.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 14

Situaţia bolilor cauzatoare de moarte în mediul urban, anul 1998

Zona	Nr.judeţe/zonă	Predominanţa % a bolii cauzatoare de moarte
Muntenia şi Oltenia	15 judeţe	În 13 judeţe - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare 2 judeţe (Prahova şi Vâlcea) - mortalitatea prin boli coronariene
Ardeal	14 judeţe	În toate judeţele - mortalitatea prin boli coronariene
Dobrogea	2 judeţe	În toate judeţele - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare
Banat	2 judeţe	În judeţul Timiş - mortalitatea prin boli coronariene
Moldova	8 judeţe	În judeţele Neamţ, Botoşani, Bacău, Vrancea - mortalitatea prin boli coronariene. În judeţele Iaşi, Suceava, Vaslui, Vrancea - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare

Tabel 15

Situaţia bolilor cauzatoare de moarte în mediul rural, anul 1998

Zona	Nr.judeţe/zonă	Predominanţa % a bolii cauzatoare de moarte
0	1	2
Muntenia şi Oltenia	15 judeţe	În toate judeţele - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare
Ardeal	14 judeţe	În toate judeţele - mortalitatea prin cardiopatie ischemică

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2
Dobrogea	2 judeţe	În judeţul Tulcea- mortalitatea prin cardiopatie ischemică În judeţul Constanţa - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare
Banat	2 judeţe	În judeţul Timiş - mortalitatea prin cardiopatie ischemică În judeţul Caraş-Severin - mortalitatea prin accidente cerebrovasculare
Moldova	8 judeţe	În judeţele Suceava, Neamţ, Bacău şi Botoşani - mortalitatea prin cardiopatie ischemică În judeţele Vaslui, Vrancea, Iaşi, Galaţi - mortalitatea prin accidente carebrovasculare.

Este remarcabil faptul că în Muntenia şi Oltenia predomină, atât în mediul urban cât şi în cel rural, mortalitatea prin accidente cerebrovasculare (cu implicare crescută în maladia hipertensivă), iar în Ardeal predomină în toate cele 14 judeţe, atât din mediul urban cât şi din cel rural, mortalitatea prin cardiopatie ischemică favorizată şi de alimentaţia specifică din această zonă (alimentaţie hipercalorică, foarte bogată în grăsimi saturate).

2.2.1.3. Disparitatea mortalităţii prin boli cardiovasculare pe judeţe

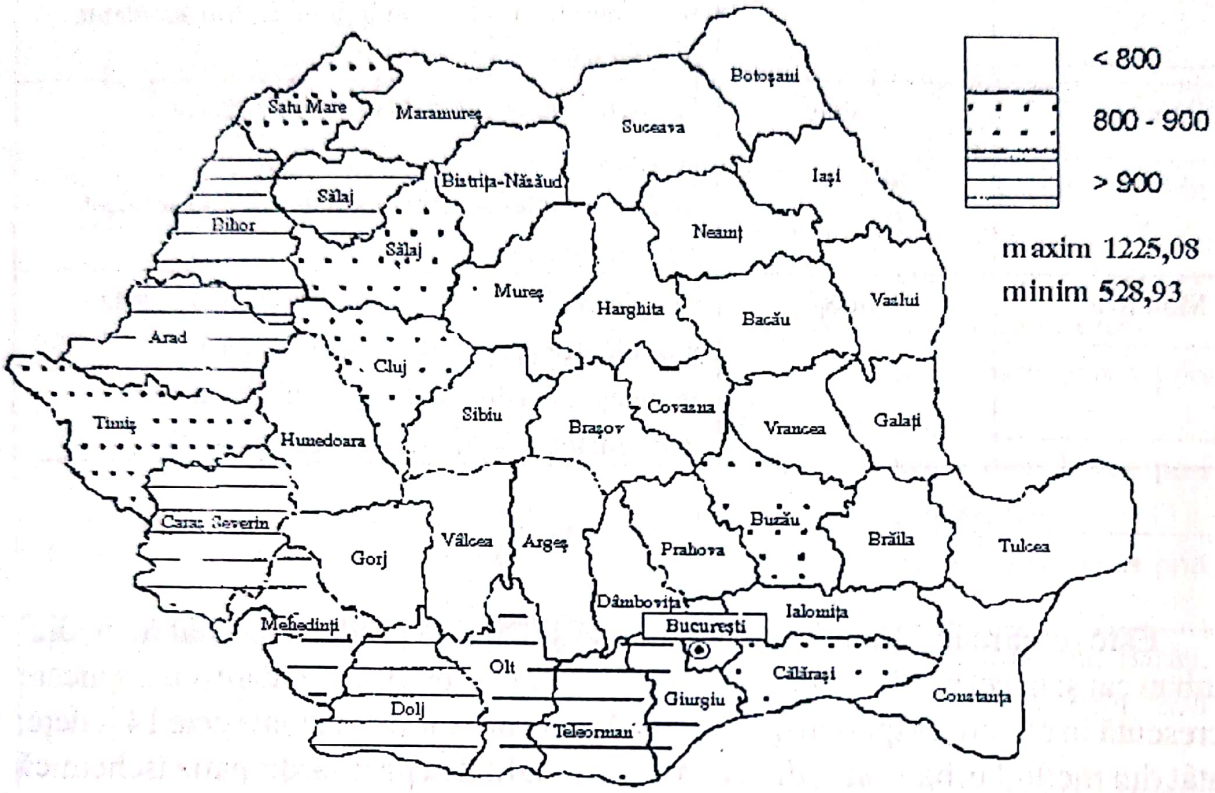
Analizând figura 6, se constată că mortalitatea cea mai frecventă prin boli cardiovasculare se întâlneşte în judeţele din vestul ţării (Arad - 1 029 cazuri la 100 000 locuitori, Sălaj -1 022 cazuri la 100 000 locuitori, Bihor - 931 cazuri la 100 000 locuitori) şi în judeţele din sud-vestul ţării (Caraş-Severin - 910 cazuri la 100 000 locuitori, Teleorman şi Giurgiu -1 110 cazuri la 100 000 locuitori, Mehedinţi - 906 cazuri la 100 000 locuitori, Dolj - 1 105 cazuri la 100 000 locuitori).

Mortalitate scăzută prin boli vasculare (între 528 şi 700 cazuri la 100 000 locuitori) se constată în judeţele din centrul şi estul ţării (Vrancea, Galaţi, Suceava, Neamţ, Sibiu, Braşov, Bistriţa-Năsăud).

Scanned with OKEN Scanner

Fig.6

Repartiția mortalității prin boli ale sistemului circulator (anii 1997-1998)



Mortalitatea prin alte boli în România

a. cancere

Mortalitatea prin cancer a avut în România o evoluție lent ascendentă, ocupând locul al doilea dintre cauzele de mortalitate și fiind net inferioară, ca număr de cazuri, mortalității prin boli cardiovasculare.

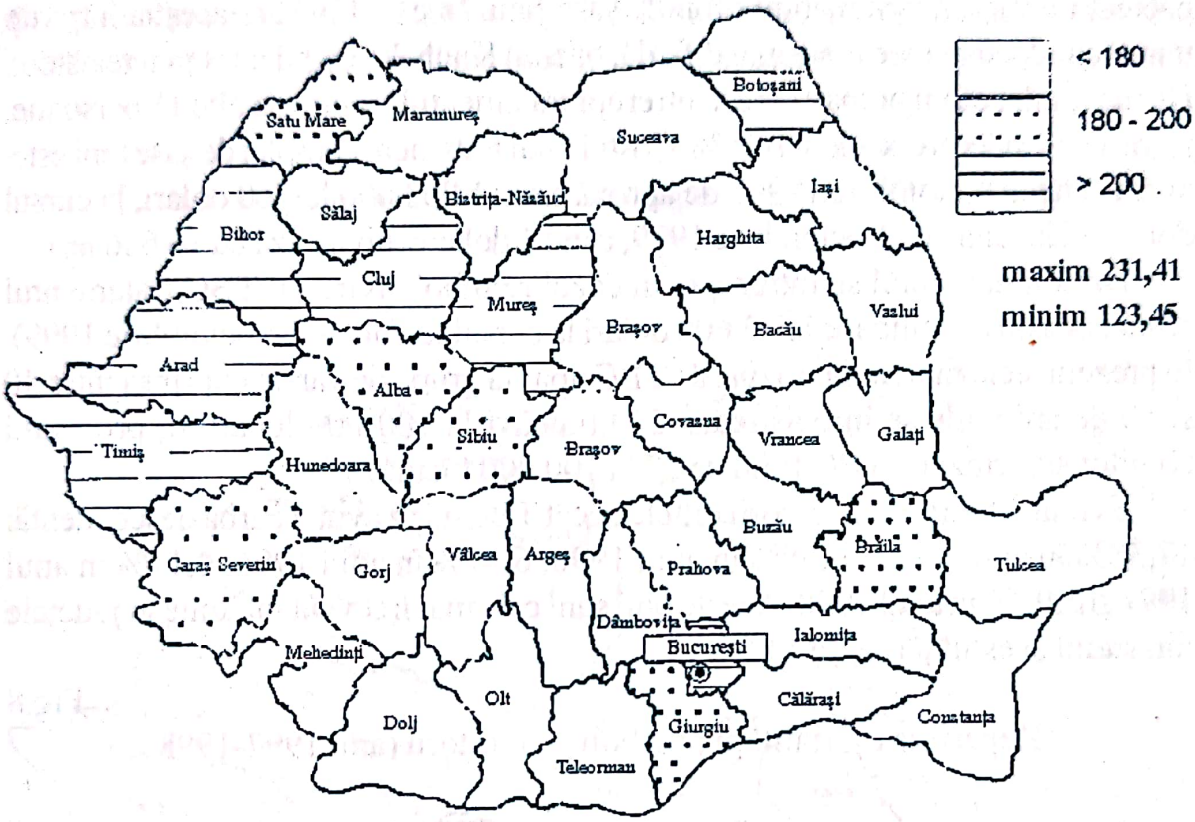
Evoluția ascendentă a ratei mortalității prin cancer în România este reflectată statistic astfel:

1970= 12,91%; 1980=13,21%; 1988=13,72%; 1989=13,85%; 1991=13,32%; 1992=13,21%;1993=13,72%; 1994=13.85%; 1995=13,81%; 1996=13,42%; 1997=14,01%, 1998=14,58%, mortalitatea variind, deci , între 12,91% în anul 1970 și 14,58% în anul 1998, cifre care sunt cu mult diferite față de ratele mortalității prin cancer în țările din Occident. După cum se observă în figura 6, cele mai frecvente regiuni cu mortalitate prin cancer ce depășește 200 cazuri la 100 000 locuitori se întâlnesc în Transilvania (Bihor, Arad, Cluj, Mureș), iar județele cu cele mai puține cazuri la 100 000 locuitori (sub 180/100 000 locuitori) sunt cele din sudul țării (Dolj, Gorj, Olt) precum și cele din Moldova.

Scanned with OKEN Scanner

Fig.7

Repartiţia mortalităţii prin cancer (anii 1997-1998)



b. Boli ale aparatului respirator

În cazul mortalităţii prin bolile respiratorii cele mai multe decese sunt datorate tuberculozei (TBC) (comparativ cu celelalte boli respiratorii).

Mortalitatea prin TBC îmbracă în România un aspect defavorabil, în perioada de tranziţie aceasta „fiind o dovadă a sărăciei şi mizeriei".

În perioada anilor 1980-1998 mortalitatea prin TBC creşte de la 0,35% în anul 1980 la 0,64% în 1990 şi la 0,95% în anul 1997, pentru ca apoi să scadă uşor la 0,88% în anul 1998, triplându-se aproape faţă de cea din anii '80. Judeţele cele mai afectate de această maladie sunt cele din estul şi sudul ţării (fig. 8).

Statisticile Institutului de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" din Bucureşti din luna noiembrie 1999 arată că zilnic 70 de români se îmbolnăvesc de tuberculoză (25 550 pe an), iar alţi 7 mor din cauza bolii (2 555 cazuri anual) (cf. celor afirmate de prof.dr.P.Stoicescu, directorul Institutului, în ziarul „Adevărul" din 6 noiembrie 1999). Numai în primele opt luni ale acestui an rata de creştere a cazurilor de tuberculoză este cu 10% mai mare decât era în 1998.

Scanned with OKEN Scanner

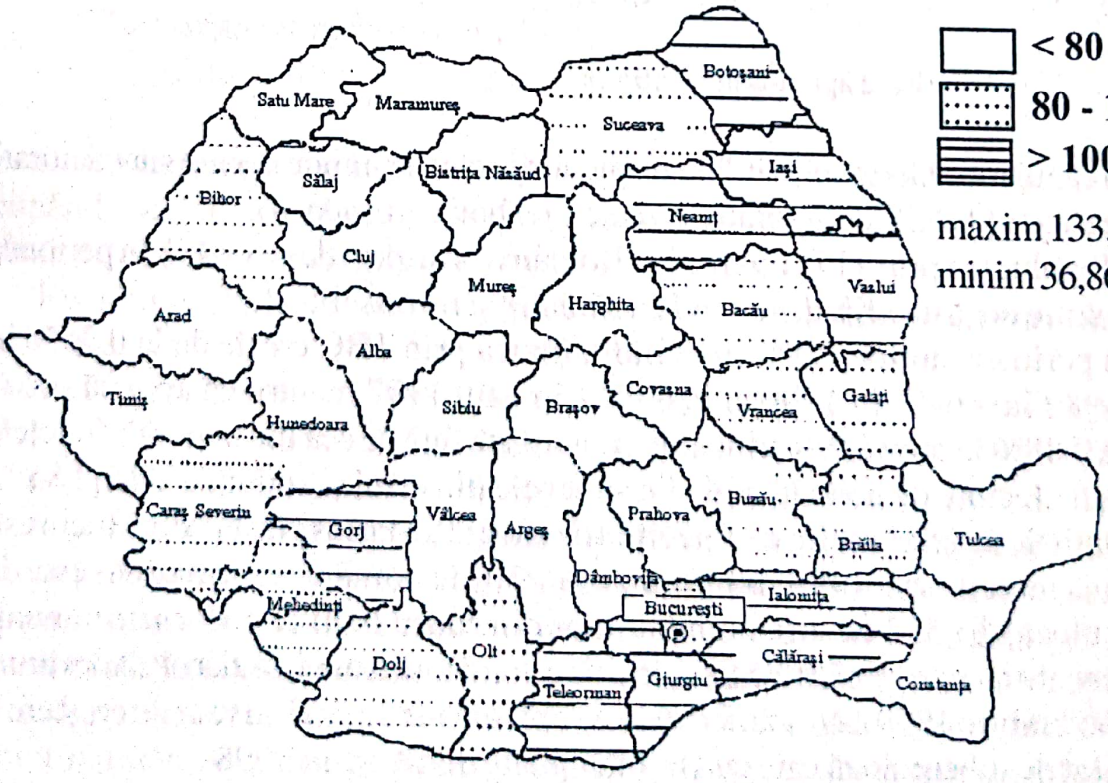
În România ultimilor ani această boală infecțioasă a atins cele mai ridicate cote, țara noastră ocupând primul loc în Europa şi având o incidență de 113.4 cazuri noi la 100 000 de locuitori. Tuberculoza este o boală vindecabilă în proporție de 95% dacă pacienții urmează tratamentul timp de şase luni. În cazul în care aceştia întrerup tratamentul, vindecarea este mai dificilă, bacilul Koch devenind mult mai rezistent. De menționat că un bolnav care a întrerupt tratamentul va infecta alte 11 persoane, iar rata de vindecare scade sub 15%. Costul unui tratament complet de şase luni este, la ora actuală (octombrie 1999), de aproximativ 1 000 000 lei (60 dolari, la cursul dolarului în data de 11 octombrie 1999, când 1 dolar echivalează cu 16 666 lei).

Dacă tratamentul se întrerupe, în cazul reîmbolnăvirii cu TBC tratamentul costă circa 60 de milioane lei (3 600 dolari la cursul leu/dolar din octombrie 1999). În prezent, cele mai multe cazuri de TBC apar la grupa de vârstă cuprinsă între 40 şi 50 de ani unde se înregistrează 200 bolnavi la 100 000 locuitori, procentul copiilor suferinzi de TBC fiind de 27 la 100 000 locuitori.

Evoluția bolilor respiratorii (altele decât TBC-ul) a avut o curbă descendentă: 17,38% în anul 1970; 9,38% în anul 1990; 6,81% în anul 1996; 6,11% în anul 1997 şi 5,92% în anul 1998. Aceste boli sunt cele mai frecvent întâlnite în județele din sudul şi estul țării (fig.8).

Fig.8

Repartiția mortalității prin boli respiratorii (anii 1997-1998

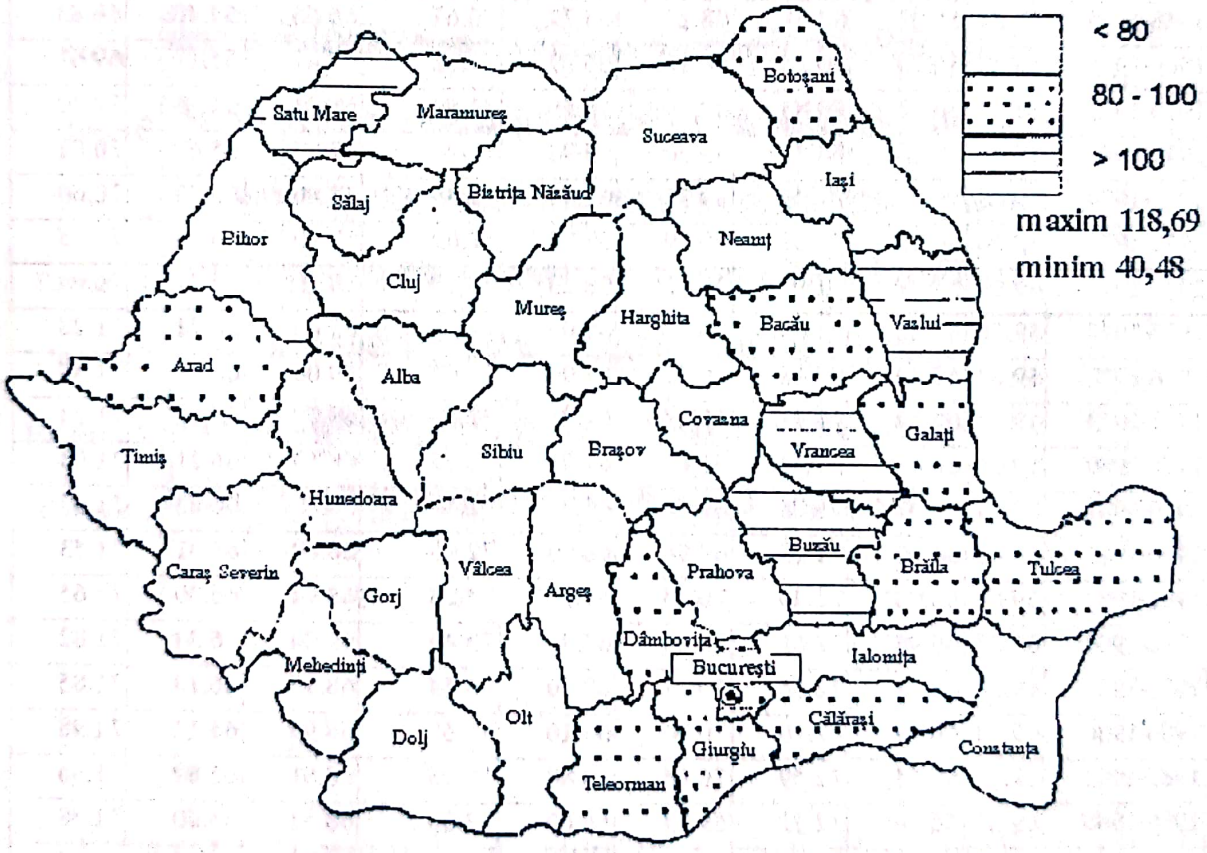


c. boli ale sistemului digestiv

Analizând mortalitatea prin boli digestive (hepatite cronice, ciroze, boli de tract digestiv) se constată că mortalitatea prin acest tip de boli varia între 40,48 la 100 000 şi maximum 118,69 la 100000 (fig.9). Mortalitatea prin boli digestive reprezenta 6,09% din cazurile de mortalitate în anul 1996, iar în anul 1998 reprezenta 5,98%.

Fig.9

Repartiţia mortalităţii prin boli digestive (anii 1997-1998)



2.3. Media de viaţă în România şi în diverse ţări ale Europei

Media de viaţă este influenţată de mortalitatea infantilă. În anul 1998, media de viaţă în România era de 69,2 ani (tabel 16 şi figurile 12 şi 13).

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 16

Media de vârstă pe sexe şi pe medii de viaţă între anii 1932 şi 1997

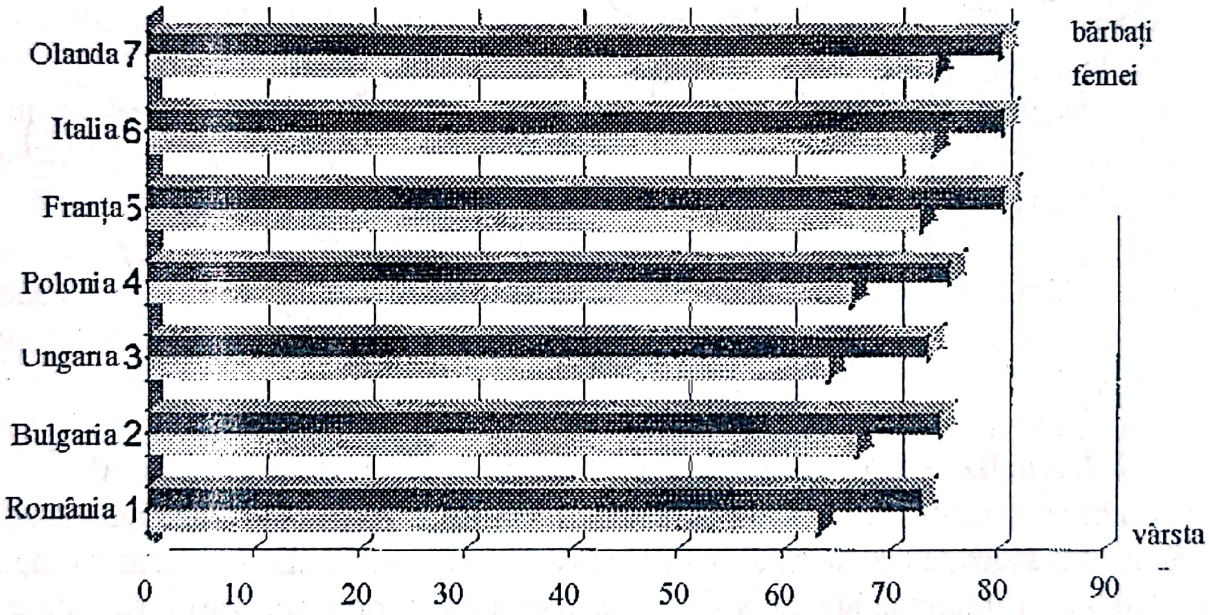
Anii	Pe sexe			Pe medii					
	Total	Masculin	Feminin	Urban			Rural		
				Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1932	42.01	...	...	...	...	...	...	...	...
1956	63.17	61.48	64.99	...	...	...	...	...	...
1961	65.96	64.19	67.70	...	...	...	...	...	...
1964-1967	68.51	66.45	70.51	...	...	...	...	...	...
1968-1970	67.33	65.07	69.51	68.27	65.79	70.67	66.63	64.40	68.83
1969-1971	68.00	65.70	70.26	68.84	66.29	71.32	67.41	65.17	69.61
1970-1972	68.58	66.27	70.85	69.38	66.79	71.89	68.01	65.78	70.20
1971-1973	68.55	66.28	70.77	69.50	66.98	71.96	67.87	65.67	70.02
1972-1974	69.08	66.83	71.29	69.93	67.44	72.36	68.46	65.27	70.60
1973-1975	69.58	67.29	71.82	70.29	67.84	72.69	68.99	66.74	71.18
1974-1976	69.69	67.37	71.97	70.72	68.23	73.15	68.79	66.47	71.04
1975-1977	69.76	67.45	72.06	70.56	68.06	73.00	69.03	66.71	71.28
1976-1978	69.82	67.42	72.18	70.52	67.96	73.03	69.08	66.62	71.46
1977-1979	69.54	67.10	71.98	70.14	67.41	72.83	68.94	66.67	71.24
1978-1980	69.21	66.68	71.75	69.82	67.02	72.59	68.59	66.21	71.03
1979-1981	69.14	66.53	71.78	69.77	66.88	72.64	68.53	66.05	71.07
1980-1982	69.42	66.70	72.17	69.94	66.90	72.95	68.89	66.31	71.53
1981-1983	69.60	66.83	72.40	70.23	67.15	73.28	68.94	66.30	71.65
1982-1984	69.77	66.98	72.61	70.46	67.40	73.49	69.04	66.34	71.82
1983-1985	69.70	66.81	72.65	70.37	67.20	73.54	68.95	66.14	71.85
1984-1986	69.74	66.78	72.78	70.36	67.10	73.61	68.99	66.14	71.98
1985-1987	69.53	66.55	72.59	70.06	66.88	73.26	68.81	65.89	71.86
1986-1988	69.27	66.30	72.32	69.84	66.69	73.03	68.52	65.60	71.58
1987-1989	69.42	66.51	72.41	70.17	67.08	73.28	68.55	65.65	71.60
1988-1990	69.56	66.56	72.65	70.25	67.06	73.46	68.70	65.70	71.80
1989-1991	69.76	66.59	73.05	70.39	67.02	73.83	68.88	65.71	72.25
1990-1992	69.78	66.56	73.17	70.54	67.16	74.02	68.75	65.45	72.29
1991-1993	69.52	66.06	73.17	70.01	66.45	73.71	68.76	65.32	72.52
1992-1994	69.48	65.88	73.32	70.02	66.36	73.83	68.67	65.04	72.68
1993-1995	69.40	65.70	73.36	70.05	66.33	73.95	68.46	64.70	72.66
1994-1996	69.05	65.30	73.09	69.84	66.12	73.77	67.99	64.13	72.33
1995-1997	68.95	65.19	73.00	69.82	66.16	73.66	67.80	63.86	72.26

Scanned with OKEN Scanner

În anul 1999 media de viaţă în România era de 69,2% ani, cu mult inferioară unor ţări atât din vestul cât şi din estul Europei. Este important de subliniat că în România anilor 1995-1997 exista cea mai scăzută medie de viaţă, respectiv 68,95 ani (tabel 16). În acea perioadă Franţa avea media de viaţă de 74 ani, iar Olanda, Italia şi ţările scandinave aveau media de viaţă de 78 ani (fig.12).

Fig.12

Media de viaţă în ţările europene selectate (1997)

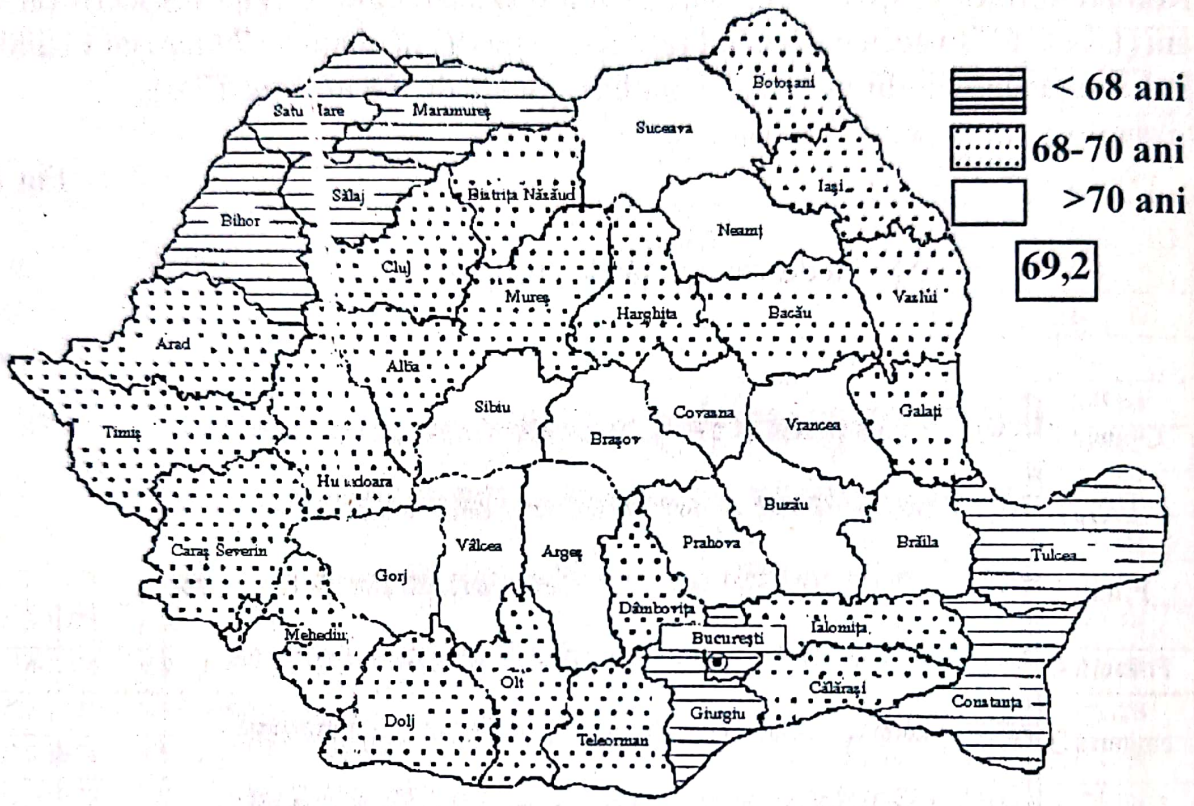


După cum se poate vedea în figura 13, cea mai scăzută medie de viaţă în România se găseşte în judeţele din nord-vestul ţării (Bihor, Sălaj, Satu-Mare, Maramureş) precum şi în cele din sud-estul ţării (Tulcea, Constanţa şi Giurgiu), media de viaţă fiind sub 68 de ani. Cea mai mare medie de viaţă se întâlneşte în judeţele Suceava, Neamţ şi în judeţele din centrul ţării.

Scanned with OKEN Scanner

Fig.13

Repartiția mediei de vârstă pe județe (anii 1997-1998)



2.4. Analiza disparității spațiale a stării de sănătate în România[4]

Disparitatea stării de sănătate se poate aprecia prin *calculul indexului să sănătate.* În calculul indexului de sănătate au fost luați în considerare 5 indicatori standardizați: mortalitatea infantilă, speranța de viață, mortalitatea prin boli cardiovasculare, mortalitatea prin boli respiratorii, mortalitatea prin cancer. S-a analizat influența unor factori precum standardul de viață, calitatea serviciilor medicale şi poluarea mediului înconjurător în calculul indexului de sănătate al disparității regionale.

Indexul de poluare se poate calcula în funcție de mai mulți indicatori standardizați: frecvența concentrației maxime a suspensiilor (%), depășirea concentrației poluării (%), cantitatea de pesticide, aria pădurilor afectate de secetă etc.

Indexul serviciilor de sănătate s-a apreciat luând în considerare numărul de locuitori/ medic, numărul de examinări medicale efectuate la centrele de sănătate la 1000 locuitori, nivelul asistenței medicale, bugetul sănătății pe cap de locuitor etc.

Indexul standardului de viață s-a apreciat în funcție de venitul pe cap de locuitor, salariu, numărul de salariați etc.

[4] Dumitrache Liliana, Armaş Iuliana, *The health state of the Romanian population*, Geojournal 44.2, 151-160, 1998.

Scanned with OKEN Scanner

Relaţiile dintre aceste trei variabile determinative şi modul cum influenţează indexul de sănătate s-a analizat folosind regresia multiplă. Indexul de sănătate (Y) depinde de trei factori independenţi: standardul de viaţă (x_1), gradul de poluare (x_2) şi calitatea serviciilor medicale (x_3).

Aceste variabile reprezintă o regresie liniară de tipul

$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$

Repetarea analizei prin transformarea logaritmică a dependenţei variabile (log Y) a dus la modificări minime.

Deşi stilul de viaţă este o determinantă importantă a stării de sănătate, totuşi nu există date suficiente despre el la nivelul judeţelor.

În raport direct cu analiza indicilor menţionaţi anterior, indexul de sănătate al populaţiei prezintă diferenţe semnificative. Variaţia valorilor acestui index se plasează între 0,378 şi 0,667, cu o medie de 0,482. Ştiind că starea de sănătate a populaţiei este cu atât mai bună cu cât indexul de sănătate se apropie de „zero", judeţele pot fi grupate după următoarele aspecte: judeţele unde starea de sănătate este sever afectată cu probleme de sănătate ce necesită acţiuni imediate (index peste 0,500); indexul de sănătate cuprins între 0,482 şi 0,500 arată o stare fragilă de sănătate a populaţiei; indexul de sănătate a cărui valoare este sub 0,482 arată că starea de sănătate este bună (Liliana Dumitrache, Iuliana Armaş, *op. cit.*).

Tabel 17

Regresiunea standardului de viaţă (x_1), poluarea (x_2) şi calitatea serviciilor de sănătate (x_3) în calculul indexului de sănătate

	B	β
x_1	-0,236	-0,407
x_2	0,031	0,081 (nesemnificativ)
x_3	-0,119	-0,265
constanta	0,61	
multiplă R	0,43	

Analizând indexul de sănătate pe judeţe în anii 1994 şi 1997 (indexul de sănătate fiind 0,482 şi respectiv 0,465) se poate deduce că în anul 1994 starea de sănătate a populaţiei era mai bună (21 de judeţe cu stare bună de sănătate, satisfăcătoare; 9 judeţe cu stare vulnerabilă de sănătate şi 11 judeţe cu stare alterată de sănătate) faţă de anul 1997(13 judeţe cu stare de sănătate bună, 13 judeţe cu stare de sănătate vulnerabilă şi 15 judeţe cu stare de sănătate proastă). Prin comparaţie, în anul 1994 existau 20 de judeţe având indexul de sănătate inferior, iar în 1997 erau 28 de judeţe cu index de sănătate inferior.

Toate aceste date sunt reflectate în figurile ce urmează.

Scanned with OKEN Scanner

Fig.14

Indexul de sănătate pe județe în România în anul 1994

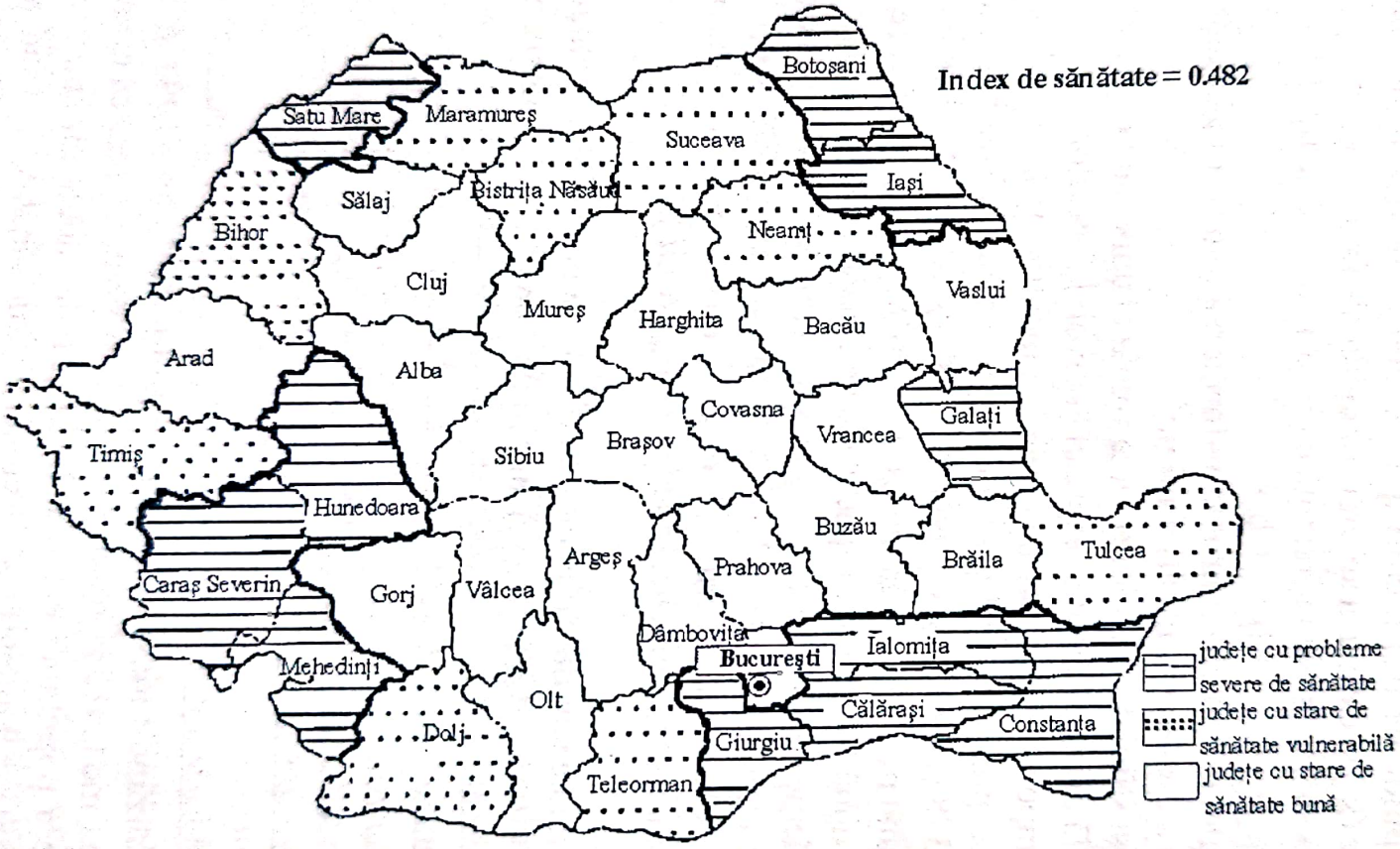


Fig.15

Indexul de sănătate pe județe în România în anul 1997

Din analiza aceluiaşi index de sănătate, referindu-ne la populaţia din mediul urban comparativ cu populaţia din mediul rural, rezultă că starea de sănătate este sever alterată în mediul rural (în total 29 judeţe cu stare de sănătate proastă în raport cu starea de sănătate din mediu urban, unde sunt, în total, 19 judeţe cu stare de sănătate proastă). Aceste date sunt reflectate în figurile următoare.

Se poate spune că nivelul de trai scăzut şi serviciile sanitare insuficiente sunt principalele motive care au condus la situaţia actuală din România, aşa cum reiese din analiza indexului de sănătate.

Fig.16

Indexul de sănătate în mediul urban din România în anul 1997

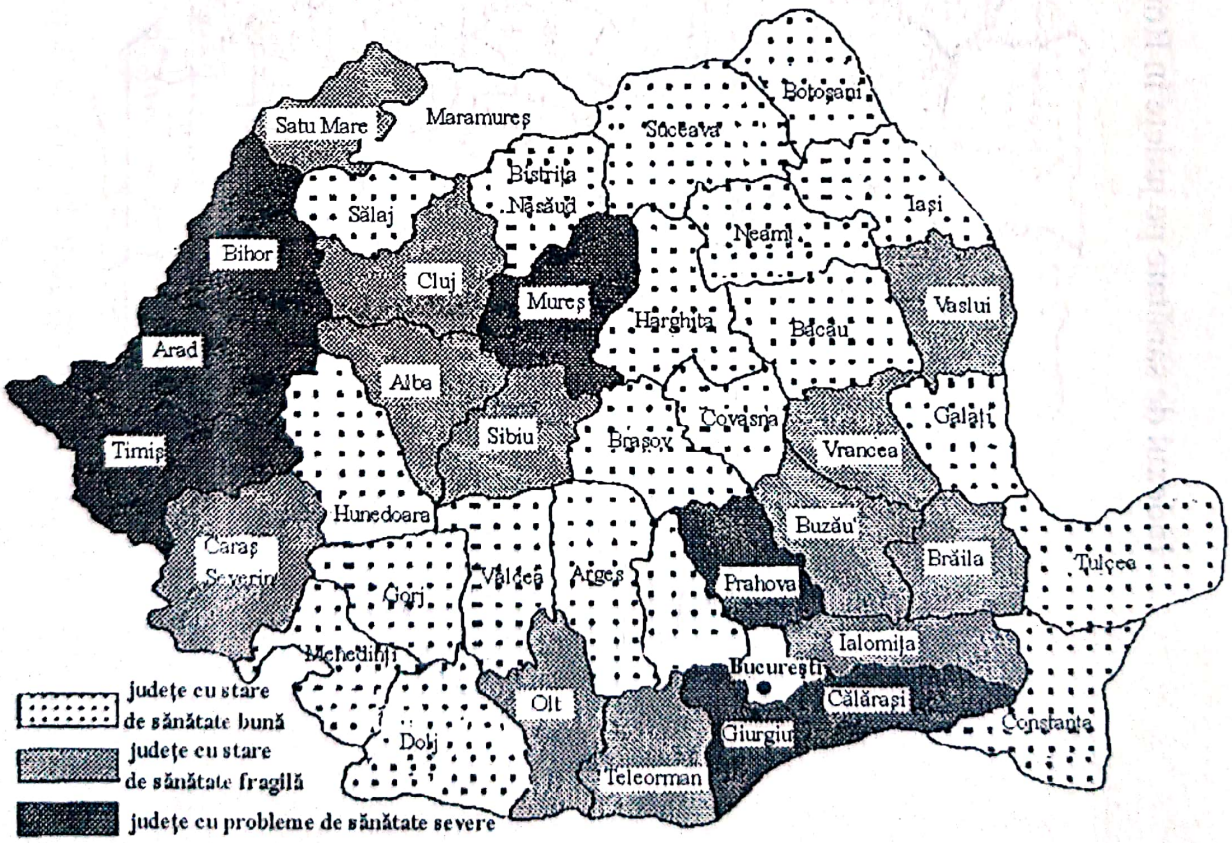
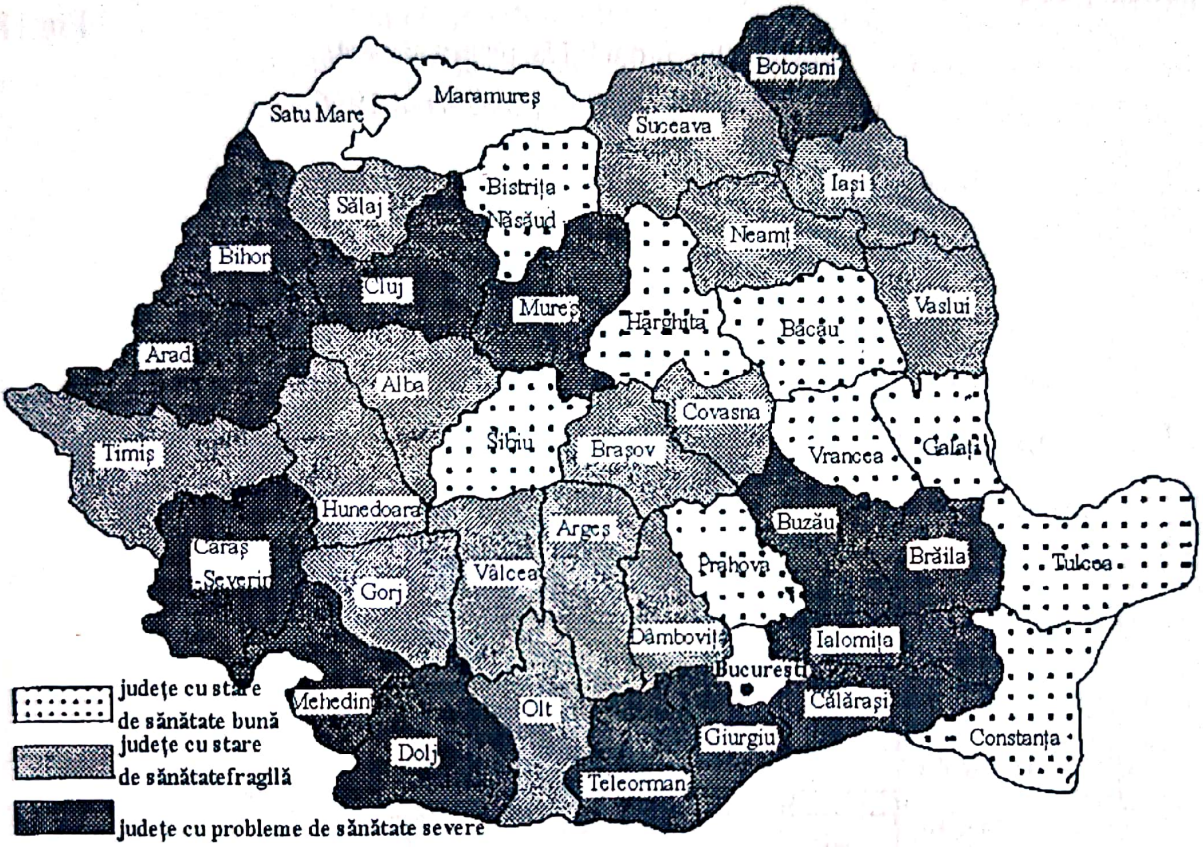


Fig.17

Indexul de sănătate în mediul rural din România în anul 1997



2.5. Asistenţa medicală în România în perioada de tranziţie

Asistenţa medicală în România anilor 1990-1998 a fost etatizată, cheltuielile necesare pentru sănătate fiind suportate de la stat. Personalul medical a fost remunerat de către stat, lefurile fiind foarte mici în raport cu salariaţii din alte sectoare de activitate. Fiind lipsită de prioritate economică, calitatea serviciilor medicale a scăzut mult în această perioadă, acest fapt datorându-se, în primul rând, dotării tehnice necorespunzătoare şi, în al doilea rând, insuficienţei numărului de cadre medicale. Această situaţie se datorează în principal politicii prelungite de subfinanţare cronică.

Până la apariţia legii referitoare la asigurările de sănătate, cheltuielile pentru sănătate în România erau făcute pe baza existenţei unui procent din P.I.B. repartizat din bugetul anual, procent aprobat de către Parlament la propunerea făcută de către Guvern.

În figurile următoare sunt redate cheltuielile pentru sănătate la nivelul anului 1996, cheltuieli ce revin ţărilor din Europa, conform tabelului Organizaţiei

Mondiale a Sănătății (sursa O.E.C.D. Health Data - 1996, World Bank). Din figura 19 rezultă că în România se aloca în anul 1996 doar 3,6% din P.I.B. comparativ cu media de 5,9%, per ansamblu, pentru fostele țări socialiste din Europa și 7,8% pentru țările din Uniunea Europeană.

Fig.18

Total cheltuieli din P.I.B. pentru sănătate
în țările din Uniunea Europeană -anul 1996 -

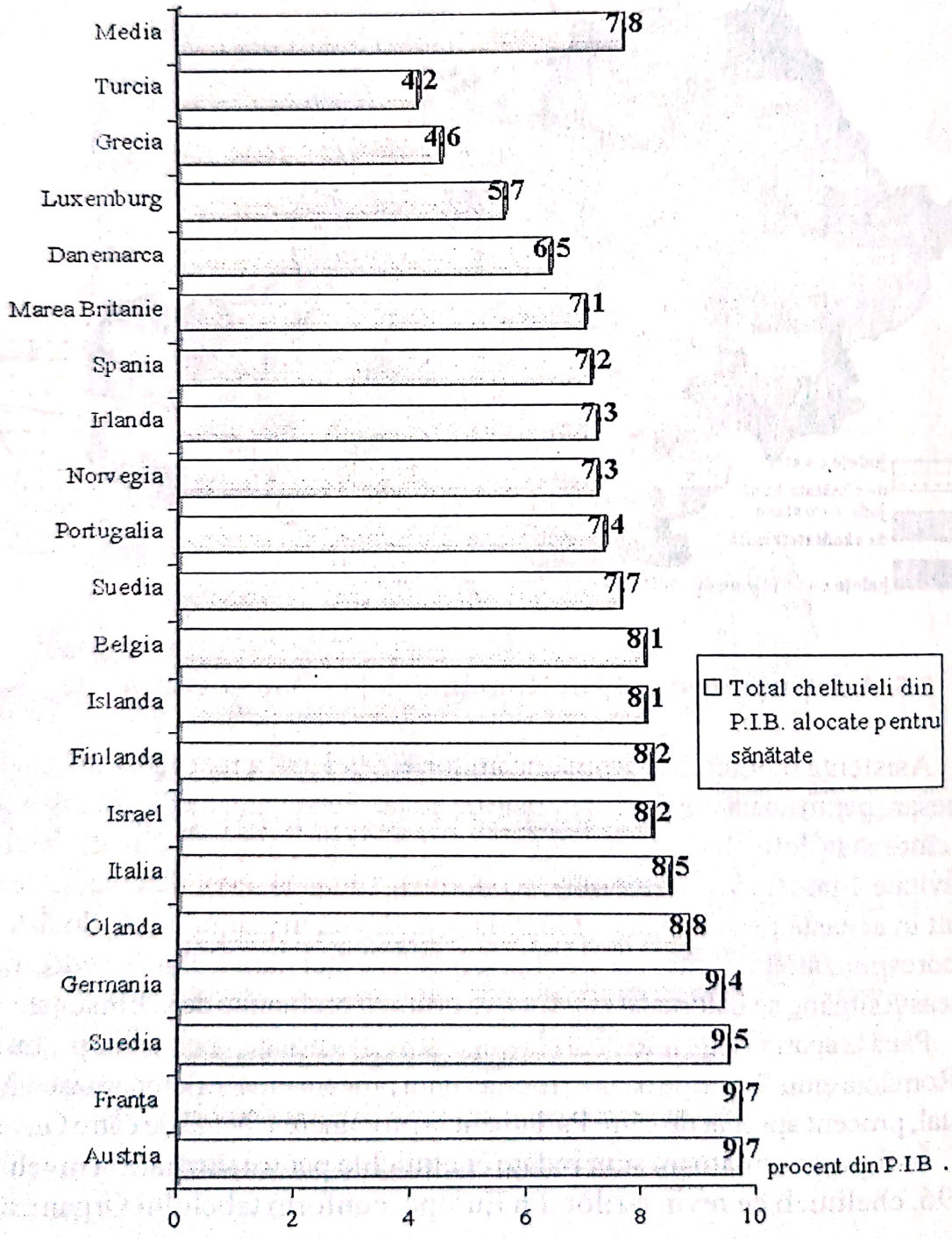


Fig.19

Total cheltuieli din P.I.B. pentru sănătate
în unele foste țări socialiste europene în anul 1986

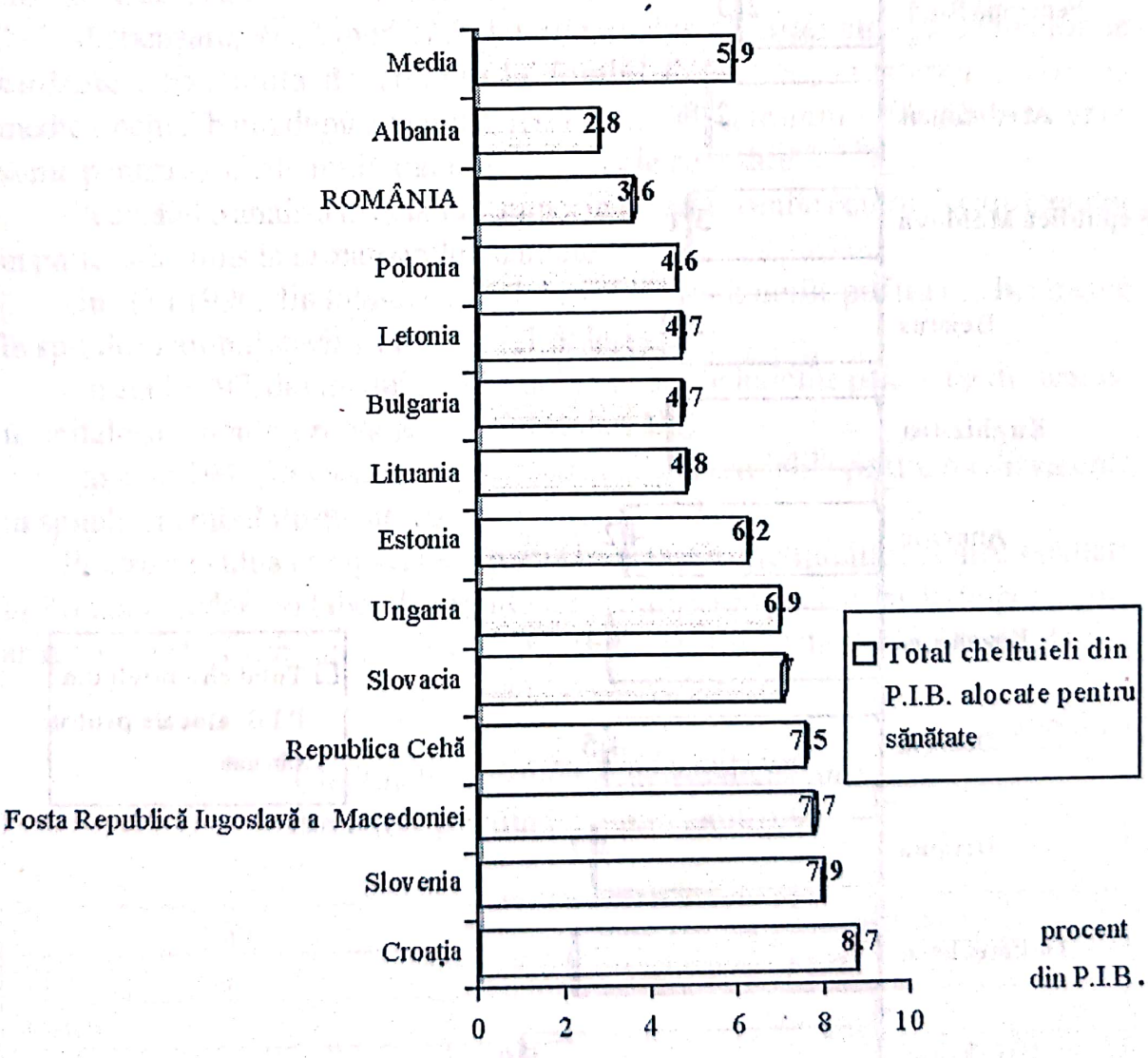
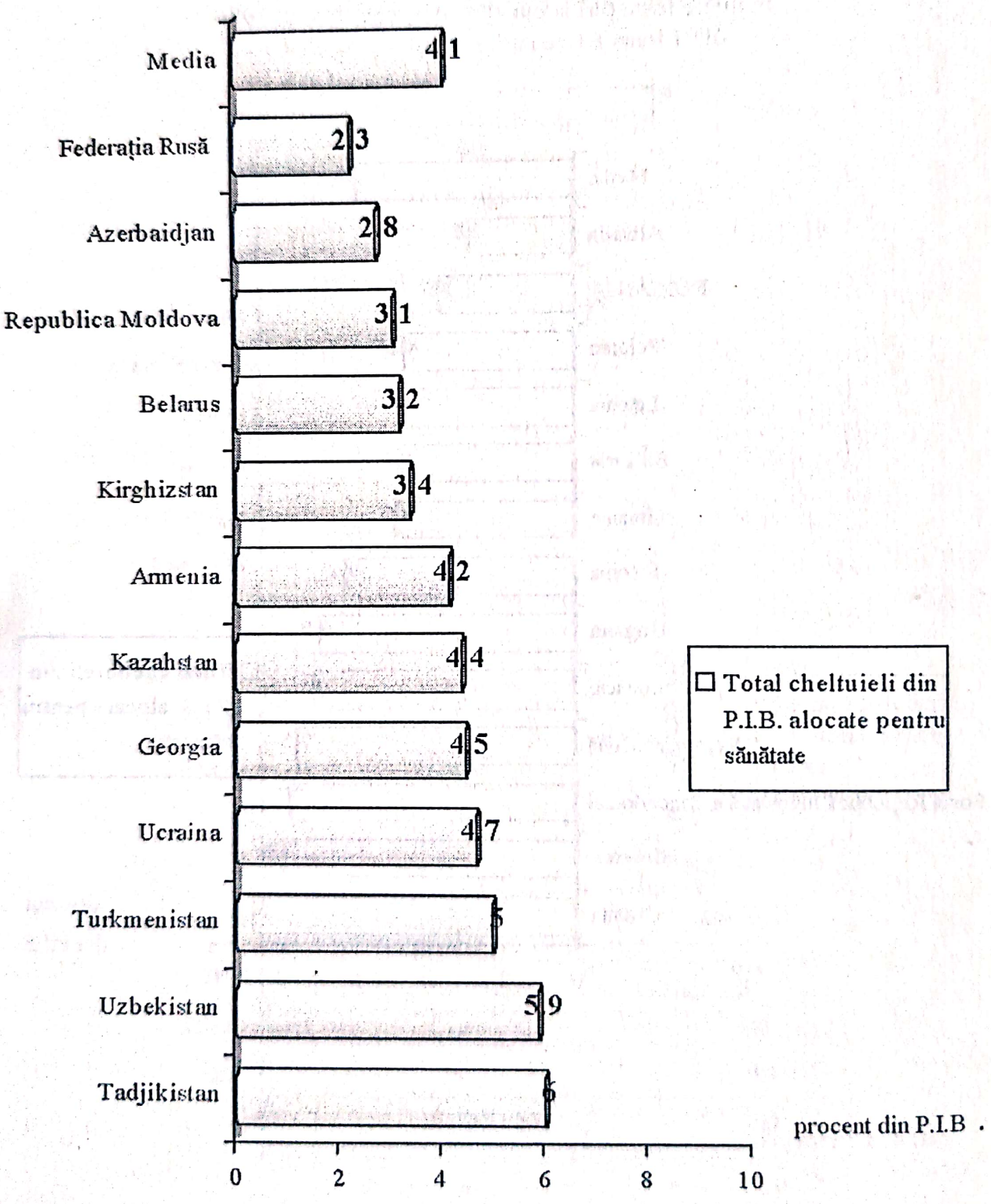


Fig.20

Total cheltuieli din P.I.B., pentru sănătate,
în fostele țări din Uniunea Sovietică -anul 1996 -



În anul 1996 bugetul pentru Ministerul de Sănătate a fost de 3004,8 miliarde lei (1 dolar = 6000 lei); în anul 1997 acesta a fost de 3600 miliarde lei (1 dolar = 8023 lei). Echivalentul în dolari care a revenit pe fiecare locuitor în parte a fost de 44 dolari U.S. în anul 1996, în anul 1997 acesta a fost de 39,4 dolari U.S. În anul 1998 veniturile totale ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate (C.N.A.S.) au fost de 8362 miliarde lei (1 dolar = 10983 lei), iar în anul 1999 au fost de 18421 miliarde lei (la o valoare medie a dolarului cuprinsă între 16000 şi 17000 lei). Cheltuielile totale în anul 1999 au fost de 15943 miliarde lei. C.N.A.S. susţine în acest an 95% din sistemul de sănătate (400 de spitale, 468 policlinici, 3972 dispensare, 9932 medici de familie, inclusiv majoritatea programelor de sănătate). Existenţa de creanţe la fondul C.N.A.S., creşterea T.V.A. la medicamente, banii depuşi la trezorerie determină şi în anul 1999 alocarea unor sume pentru sănătate mult mai mici decât cele necesare.

Efectuând o analiză în detaliu a sumei în dolari revenite pentru fiecare locuitor în parte, s-a ajuns la următoarele rezultate:

- în anul 1996, din totalul de 44 dolari U.S., cheltuielile pentru medicamente în spitale şi ambulatorii au fost de 8,1 dolari U.S.;
- în anul 1997, din totalul de 39,4 dolari U.S., cheltuielile pentru medicamente în spitale şi ambulatorii au fost de 7,1 dolari U.S.;
- în anul 1998, din totalul de 44 dolari U.S., cheltuielile pentru medicamente în spitale şi ambulatoriu au fost de 6,5 dolari U.S.

Pentru a evalua comparativ situaţia bugetară a cheltuielilor pentru sănătate în România redăm în tabelele următoare, cheltuielile pentru sănătate/persoană/an din unele ţări din Europa (surse O.E.C.D., Health Data, 1996, World Bank).

Tabel 18

Cheltuieli pentru sănătate/persoană/an
din unele ţări din Europa (anul 1996)

Ţara	Cheltuieli per persoană (U.S.D.)
0	1
Austria	1601
Belgia	1601
Danemarca	1296
Finlanda	1363
Franţa	1835
Germania	1815

Scanned with OKEN Scanner

0	1
Grecia	500
Islanda	1564
Irlanda	922
Italia	1523
Luxemburg	1993
Olanda	1531
Norvegia	1592
Portugalia	866
Federația Rusă	46.7
Slovenia	743
Spania	972
Suedia	1266
Elveția	2283
Turcia	146
Marea Britanie	1213

Sursa: O.E.C.D., Health Date, 1996, World Bank.

Tabel 19

Cheltuieli pentru medicamente/persoană/an din unele țări europene (anul 1996)

Țara	Cheltuieli pentru medicamente (procent din totalul cheltuielilor pentru sănătate)	Cheltuieli per persoană (U.S.D.)
Germania	18,5	426
Italia	18,0	268
Marea Britanie	14,9	173
Franța	16,8	358
Spania	18,2	194
Olanda	10,9	193
Grecia	23,5	98
Belgia	16,7	288
Suedia	12,7	204
Portugalia	17,0	115
Irlanda	14,0	123
Luxemburg	14,6	274
Danemarca	11,3	199

Sursa: O.E.C.D., Health Date, 1996, World Bank.

Scanned with OKEN Scanner

Fig.21

Numărul total de personal medical/ 1000 locuitori
în ţările din Uniunea Europeană - anul 1996 -

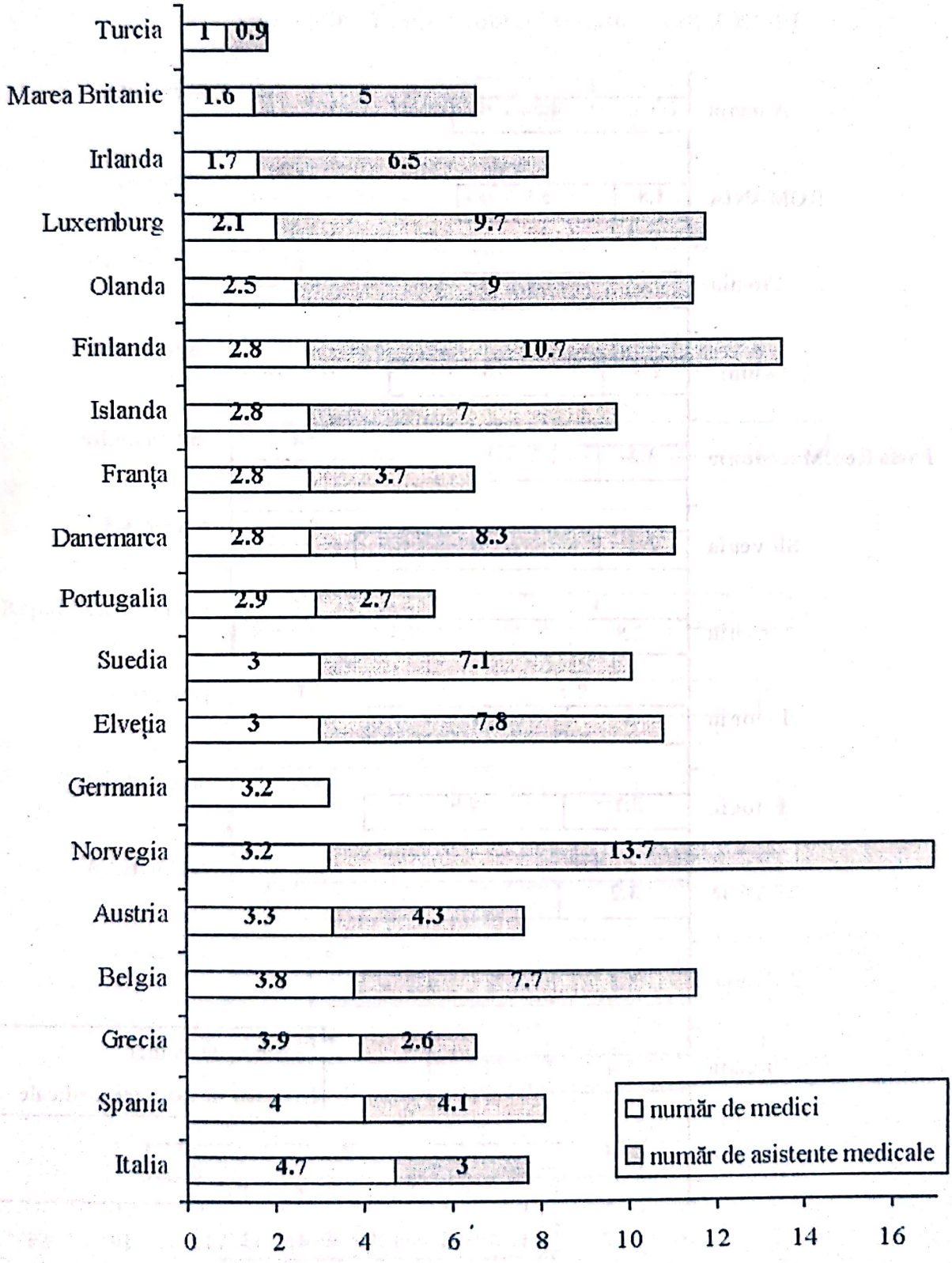


Fig.22

Numărul total de personal medical/1000 locuitori
în fostele țări socialiste din Europa (1996)

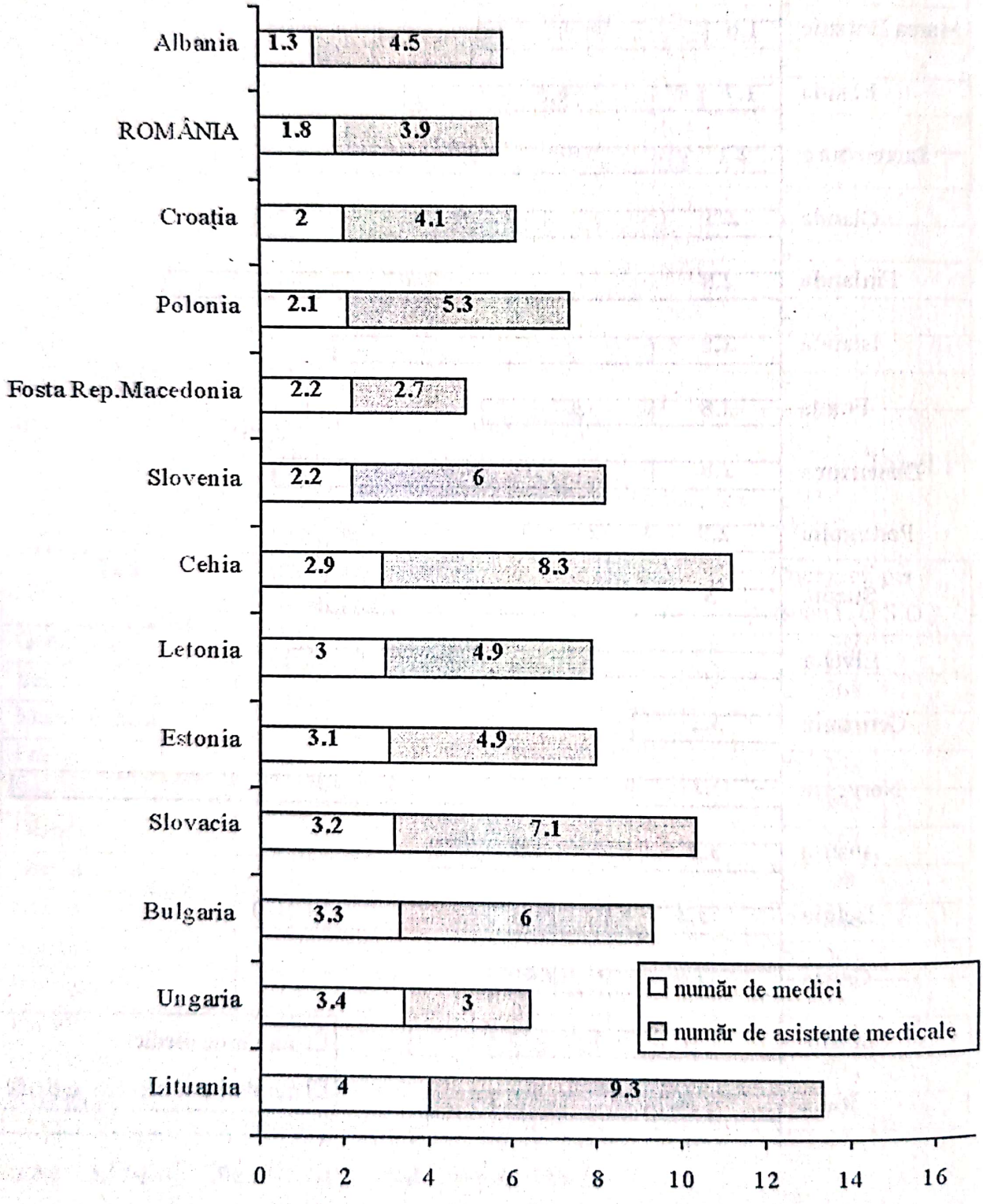
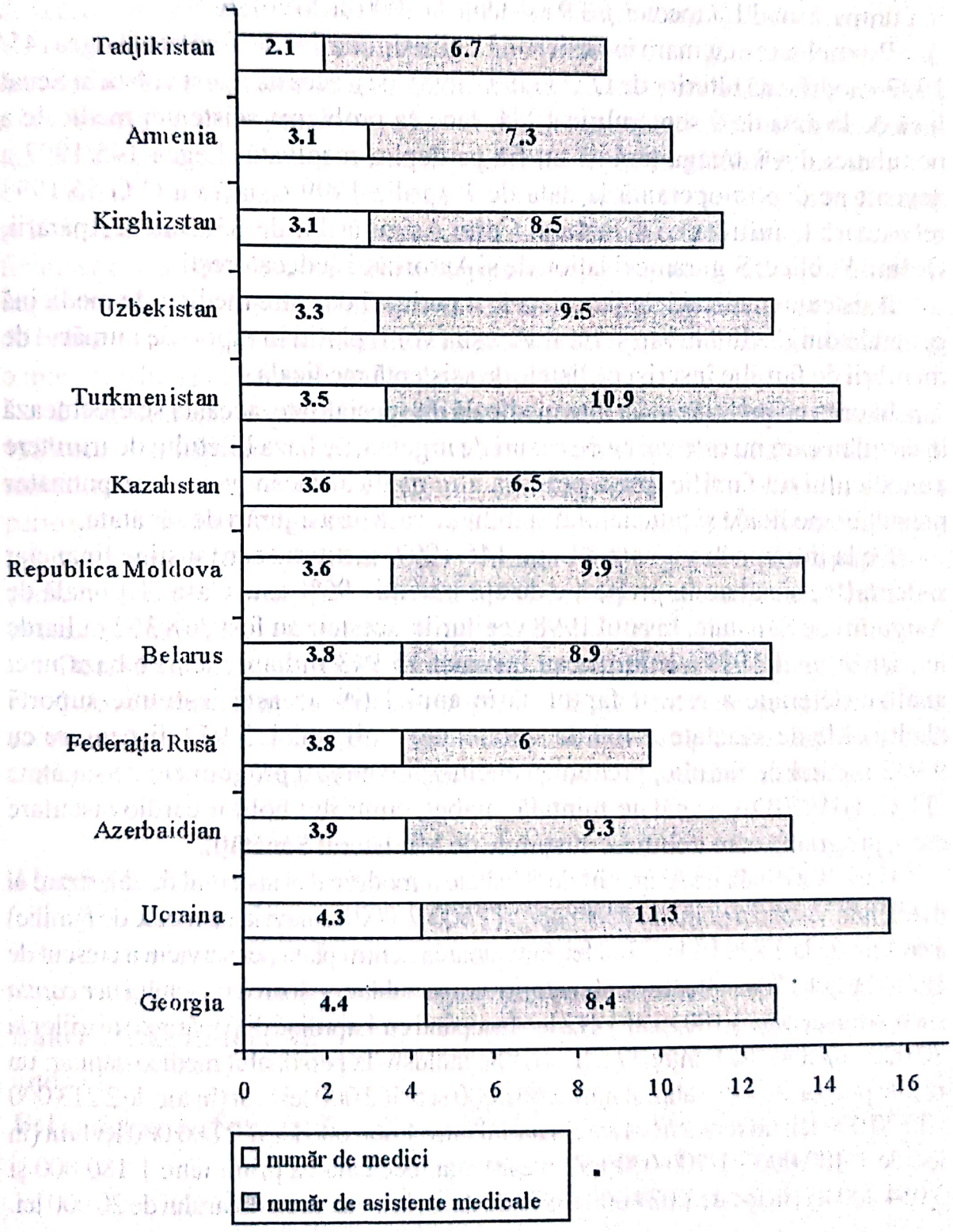


Fig.23

Numărul total de personal medical/1000 loc.
în fostele ţări ale Uniunii Sovietice (anul 1996)



Un rol important îl are numărul de cadre medicale care asigură asistența medicală a populației. În fig.21, 22 şi 23 sunt redate numărul de medici şi asistente medicale pentru 1000 de locuitori în Europa pe anul 1996 (surse - WHO Regional Office for Europa, Health for all database). În acest clasament România ocupă penultimul loc în Europa, având 1,8 medici şi 3,9 asistente la 1000 de locuitori.

Promulgarea cu mare întârziere a Legii asigurărilor de sănătate (Legea145/1997, modificată ulterior de O.U.G. 30/1998), deşi aceasta a fost votată în Senat încă de la data de 9 septembrie 1994, face ca problema asistenței medicale a populației din întreaga țară să nu fie pe deplin rezolvată. Legea 145/1997 a devenit pe deplin operantă la data de 1 aprilie 1999 o dată cu O.G.56/1998 referitoare la înființarea şi statutul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti.

Asistența medicală de familie a fost preluată de către medicii de medicină generală din mediul urban şi rural. Aceştia vor fi plătiți în raport de numărul de membrii de familie înscrişi pe listele de asistență medicală.

În ceea ce priveşte asistența medicală de specialitate, aceasta se efectuează în cazul în care nu este vorba de cazuri de urgență, pe baza biletului de trimitere a medicului de familie, plata personalului medical făcându-se corespunzător prestației medicale şi punctajului stabilit de casa de asigurări de sănătate.

De la intrarea în vigoare a Legii 145/1997, instituția care susține financiar sistemul de sănătate în proporție de aproximativ 95% este Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În anul 1998 veniturile acesteia au fost de 8 362 miliarde lei, iar în anul 1999 veniturile au însumat 15 943 miliarde lei. Pe baza unei analize detaliate a reieşit faptul că în anul 1999 această instituție suportă cheltuielile de sănătate a 400 de spitale, 468 policlinici, 3 972 dispensare cu 9 932 medici de familie, precum şi cheltuielile pentru programele de sănătate (TBC, HIV/SIDA, sănătate mintală, diabet, controlul bolilor cardiovasculare etc.), programe care trebuiesc susținute de Ministerul Sănătății.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a modificat şi sistemul de salarizare al medicilor. Valoarea punctului *per capita* (1 500-2 000 bolnavi la un medic de familie) a crescut de la 2 820 lei la 3 308 lei, iar valoarea pentru plata per serviciu a crescut de la 750 lei la 1 770 lei. Pentru ambulatoriu de specialitate valoarea punctului *per capita* s-a modificat de la 3 180 lei al 3 212 lei. Începând cu 1 aprilie 2000 mărirea salariilor la 70 000 bugetari va fi între 37,5% şi 65%, inclusiv la personalul medico-sanitar: un medic primar va avea salariul între 2 661 000 şi 5 562 000 lei brut (în loc de 2 213 000 - 3 370 000 lei; un rezident va avea salariul între 1 600 000 lei şi 2 800 000 lei brut (în loc de 1 400 000 - 1 700 000 lei); o asistentă medicală va primi între 1 180 000 şi 3 054 000 lei (în loc de 1 024 000-1 800 000 lei), la o valoare a dolarului de 20 000 lei.

Scanned with OKEN Scanner

3 054 000 lei (în loc de 1 024 000-1 800 000 lei), la o valoare a dolarului de 20 000 lei.

Concluzii

1. Starea de sănătate a populaţiei a prezentat în această perioadă şi prezintă şi în continuare o deteriorare profundă care este raportată la un fond biologic deja sensibilizat de zeci de ani de privaţiuni, această sensibilizare fiind favorizată de doi factori:

- scăderea nivelului de trai care a condus la privaţiuni generalizate (în mod deosebit în sistemul de alimentaţie). Alimentaţia în această perioadă a fost şi continuă să fie insuficientă din punct de vedere cantitativ şi calitativ datorită gradului de sărăcie a populaţiei, aşa cum reiese din capitolul 3, partea a III-a din lucrare;

- dotarea materială necorespunzătoare existentă în sectorul sanitar, precum şi insuficienţa numărului de cadre medico-sanitare datorate lipsei de fonduri financiare. Datorită dezechilibrelor majore în îngrijirea medicală a populaţiei şi imposibilităţii de adaptare a îngrijirii medicale, asistăm la o creştere a numărului de bolnavi cronici, la o mortalitate crescută mai ales prin boli cardiovasculare şi o mortinatalitate mare pe fondul scăderii natalităţii.

2. Introducerea asigurărilor de sănătate în asistenţa medicală nu a adus în anul 1999 nici o ameliorare a indicilor de sănătate. Pe primele 9 luni ale anului 1999 mortalitatea generală a fost de 11,9 $^{o}/_{oo}$ (similară cu cea din 1998 din aceeaşi perioadă); natalitatea a fost de 10,7$^{o}/_{oo}$ (faţă de 10,8 $^{o}/_{oo}$ în anul 1998); mortalitatea infantilă a fost de 18,3$^{o}/_{oo}$ (faţă de 19,6$^{o}/_{oo}$ în anul 1998); sporul natural a populaţiei a fost de -1,2$^{o}/_{oo}$ (faţă de -1,1$^{o}/_{oo}$ în anul 1998). Mortalitatea cardiovasculară a fost în creştere (836,22 $^{o}/_{oo}$ pe primele 6 luni ale anului 1999).

Deci sănătatea populaţiei a continuat şi în anul 1999 să se deterioreze.

3. Ameliorarea stării de sănătate a populaţiei în viitor va depinde de dezvoltarea economică a ţării, care să permită un nivel de trai mai bun şi o asistenţă medicală corespunzătoare în condiţiile existenţei unor mijloace financiare suficiente.

Alpert J.S., *Factors loading to progression of atherosclerosis coronary artey disease i young males following a first myocardia infarction,* E.N.J., vol.19, 1998, 364-365

Baker G., Kornither M. and col., *The belgian disease prevention project M.S.,* 1988, 9, 218.

BcHeidge D.J., Sowers R., *Obesity and cardiovascular disease, synergy,* Medical Education, New York, 1998.

Scanned with OKEN Scanner

Beisiegel A., *Lipoproteins metabolism,* E.N.J., vol.19 supplement A, A20-A23, 1998.

Bizi M., Stoichiță I., *Metoda selectivă în cercetarea statistică,* Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1967.

Byontorp P., *Obesity,* „Lancet", 1997, 350, 423-426.

Coaks A.J.S., Clock S., Coway J., *Analysis of ambulatory blood pressure dat.* J.hypertens., 1991, 9 (suppl.), s19-s 21.

Crombie I.K. and col., *Unemployment socioenvironmental factors and coronary heart disease in Scotland,* British New Journal, 1989, 61, 172/177

Dahlof B., Lindholm G., *Morbidity and mortality in the swedis trail in old pacients with hypertensior* Lancet, 1991, 338, 1281.

Dumitrache L., Armaş I., *The health state of the Romanian population during the transition period* Geojournal 44.2.151-200, 1998.

Dumitrache L., Braghina C., *La pollution industrielle et l'état de santé de la population de Roumanie.* Analele Universităţii din Bucureşti, 1997.

Enăchescu D., Marcu M., *Sănătatea publică şi managementul sănătăţii,* Ed. All, Bucureşti, 1997.

Enăchescu D., Vlădescu C., *Politica socială în domeniul sănătăţii* Ed. Alternative, Bucureşti, 1995.

Fratolla A., Pavati G. and col., *Prognostic value of 24 hourbood pressure variability,* J.Hypertens. 1993, 11, 1133.

Hallstrom A.T., Cobb L., *Smoking as a risk factor for reccurence of sudden cardiac arrest,* New Eng.J.Med., 1986, 314, 271.

Scanned with OKEN Scanner

Hâncu N., Căpâlnean R., *Factorii de risc cardiovascular,* Cluj Napoca, 1995.

Mihăilă V., Bejan T., *Analiza aplicată studiului inegalităţilor în asistenţa sanitară în judeţele României.* Caiet documentar I.N.S.S.C. Bucureşti, 1995.

Mincu I., *Raport „Dezvoltarea în România" -* Guvernul României, Bucureşti, 1999.

Mincu I., *Să cunoaştem, să prevenim şi să tratăm ateroscleroza,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1979.

Mincu I., Dumitrache L., Armaş I., *Analiza factorilor ce influenţează starea de sănătate în România.* Comunicare la Congresul al XXV-lea de Diabet, Nutriţie şi Metabolism, 10 nov.1998, Cluj-Napoca.

O.M.S., *Rapport sur la santé dans le monde,* Genève, 1995.

O.M.S., *Promotion de la santé et action communitaire en faveur de la santé dans les pays de l'O.M.S.,* Genève, 1995.

Popa I., Enăchescu D., *Indicatori agreaţi ai stării de sănătate şi aplicabilitatea lor în sănătatea publică,* I.N.S.S.C. Bucureşti, 1990.

Task force report, *Prevention of coronary heart disease in clinical practice,* E.N.J., vol.19, 1998, p.1434.

Tinu A.M., *Women's health profile: Romania (country report), prepared for conference on the health of women in Central and Eastern Europe,* Viena, 1995.

Scanned with OKEN Scanner

„Nu există decât o singură durere
uşor de suportat, durerea altuia"
René Leriche (1879-1955), chirurg francez

CAPITOLUL III

ALIMENTAŢIA POPULAŢIEI DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA DE TRANZIŢIE

3.1. Conceptul actual despre alimentaţie

Alimentul este, în mod tradiţional, o sursă de energie pentru organismul uman. Noţiunea de calorie, introdusă de ştiinţă în viaţa noastră cotidiană, ne dă măsura acestor necesităţi: prea mult sau prea puţin. În general, un organism sănătos îşi ajustează aportul său alimentar la nivelul reperelor energetice. Societatea din zilele noastre determină ca aceste reglementări pe „piaţa metabolică" să nu mai fie însă respectate; mâncăm mai mult sau mai puţin în raport nu de necesităţi, de trebuinţe, ci, adesea, în raport cu posibilităţile sau plăcerile noastre.

Hipocrate afirma acum 2000 de ani că „*alimentaţia noastră este primul nostru medic*". Respectarea acestui precept rămâne şi astăzi valabilă. Pentru aceasta este necesar să cunoaştem ce este aceea o calorie, precum şi principiile din care se compune: proteine, lipide, glucide, vitamine, minerale, oligominerale etc.

Necunoaşterea lor şi nerespectarea principiilor alimentare duc la patologia civilizaţiei, în general, în lumea civilizată, sau la foamea ascunsă sau recunoscută datorită lipsurilor. Necesarul de proteine al organismului, foarte modest, reprezentând doar 10-15% din aportul energetic total, impune o anume respectare din punct de vedere nutriţional. Dacă la copii necesarul de proteine este în jur de 15-16% din care peste 2/3 (65-70%) este de origine animală, la adulţi şi la vârstnici necesarul de proteine poate să scadă chiar sub 10% din aportul energetic total, cu singura condiţie să se respecte proporţia de 50% proteine de origine animală şi 50% proteine de origine vegetală (germanii recomandă mai puţin de 1 g proteine/kg corp/zi, respectiv 0,8 g). Aportul maxim trebuie respectat pentru copiii cu vârsta între 0 şi 18 ani (UNICEF consideră că noţiunea de copil cuprinde oamenii cu vârsta între 0 şi 18 ani), iar scăderea sub 50% a proteinelor de provenienţă animală este dăunătoare pentru dezvoltarea fizică şi psihică a copiilor. Nerespectarea acestei proporţii determină o dezvoltare fizică deficientă şi o scădere pronunţată a coeficientului de inteligenţă. Glucidele ,simple sau complexe, sunt principala sursă de energie care este rapid

Scanned with OKEN Scanner

consumabilă şi este recomandată, azi, de nutriţionişti. Densitatea lor calorică este deosebit de avantajoasă pentru organism, cu condiţia să nu depăşească 60-65% din aportul energetic total.

În ceea ce priveşte lipidele, care sunt foarte bogate în calorii, acestea sunt prezente frecvent în universul nostru cotidian (adesea sub forma cunoscută de „grăsimi ascunse" în alimentele pe care le consumăm). Lipidele sunt foarte plăcute la gust datorită capacităţii lor de a exala arome, şi deşi au devenit o teroare pentru dieta contemporană - deoarece se găsesc adesea la originea patologiei moderne - ele rămân, totuşi, esenţiale pentru buna funcţionare a organismului uman, mai ales pentru creier, dar şi pentru ansamblul celulelor care compun organismul nostru. Necesarul de lipide variază între 25-35% în funcţie de vârstă şi efort fizic, respectând raportul grăsimi saturate/nesaturate (de 40/60%).

În rezumat, aceste trei categorii de alimente sunt indispensabile vieţii umane. Eliminarea uneia dintre aceste trei categorii aduce riscuri grave pentru sănătatea noastră.

Proporţiile recomandate din fiecare grup de alimente sunt:

35% cereale şi derivate;
17% fructe şi legume;
18% grăsimi;
12% lapte şi derivate;
8% carne şi derivate;
8% zahăr şi derivate;
2% ouă.

Dorinţa şi plăcerea fac adesea parte din universul nostru alimentar. Foamea vizează încorporarea de *obiect-aliment*, care în principiu procură o senzaţie progresivă de plăcere o dată cu saţietatea adevărată. În lumea fiziologiei, *agreabilul este în serviciul utilului* şi concură la homeostazia energetică precum şi la cea de plăcere.

Alegerea alimentului în lumea occidentală sau a celor fără lipsuri materiale depinde de personalitatea individului. A deveni vegetarian, adică a respinge, în general, carnea, este, pentru adultul sau bătrânul din societatea fără lipsuri materiale sau alimentare, o problemă de etică (aşa cum arată cercetările recente). Să nu uităm însă, că vegetarienii consumă proteine animale preluate din alte medii: lactate, ouă, peşte. Pur şi simplu, viaţa bazată pe alimentaţie în exclusivitate vegetală nu este posibilă. Alimentaţia vegetală produce, după un timp mai mult sau mai puţin îndelungat, prejudicii grave sănătăţii: malnutriţie sau chiar subnutriţie, scăderea rezistenţei la boli acute sau cronice, scăderea rezistenţei organismului datorită alterării sistemului imunitar ş.a.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii consideră că ar trebui ca ţările participante să garanteze un nivel nutriţional satisfăcător pentru întreaga populaţie, să permită

Scanned with OKEN Scanner

o aprovizionare suficientă, corespunzătoare cu alimente *de calitate, variate şi mai ales la preţuri accesibile şi la regimuri alimentare echilibrate, sănătoase.* Un bun nivel nutriţional presupune, de asemenea, o cunoaştere aprofundată a regimurilor alimentare, a tipurilor şi structurilor lor, ţinând cont de obiceiurile alimentare locale, precum şi de evitarea problemelor legate de subalimentaţie şi de bolile netransmisibile corelate cu regimuri alimentare dezechilibrate.

O populaţie sănătoasă şi hrănită corespunzător este, în concepţia O.M.S./ F.A.O., nu numai punctul final al unui nivel de dezvoltare reuşit, ci chiar îşi aduce contribuţia benefică la acesta. *La fel de important este pentru comunitatea internaţională ca în fiecare ţară să se aplice o politică sănătoasă în materie de sănătate, alimentaţie, agricultură, educaţie şi protecţia familială care să menţină un raport echilibrat între nevoile populaţiei şi resursele disponibile, atât în mediul rural cât şi în cel urban.*

Fiecare ţară, se spune în „Declaraţia mondială asupra nutriţiei şi Planul de acţiune din 1992", trebuie să-şi ia un angajament ferm, economic şi politic, de-a promova un înalt nivel nutriţional pentru întreaga sa populaţie, integrând aceste obiective în politica, planurile şi programele de dezvoltare pe termen lung şi scurt. În paralel, sectoarele agriculturii, sănătăţii, educaţiei şi protecţiei sociale, ca şi celelalte sectoare şi ministere apropiate ar trebui să adopte obiective nutriţionale şi, la nevoie, să le integreze în planurile, programele şi proiectele lor. Ele ar trebui să fortifice sensibilizarea publicului şi receptivitatea socială la ceea ce se numeşte „înalt nivel nutriţional".

Politica agricolă şi economică ar trebui să favorizeze o credibilitate durabilă a productivităţii agricole şi să creeze sectorului agricol condiţii permanente de a-şi îndeplini rolul său multifuncţional, inclusiv de a gestiona raţional resursele naturale, prin dozarea judicioasă a producţiei, comerţului şi prin constituirea de stocuri naţionale, regionale şi locale, ţinând însă cont de principiile pe care le presupune un sistem economic deschis.

Garantarea unei alimentaţii suficiente şi a unui regim echilibrat, a stării de sănătate, a educaţiei, este un obiectiv care poate şi trebuie să fie atins, graţie unor măsuri viabile şi eficace. Aceasta presupune planificarea cu grijă şi utilizarea resurselor naturale cu precauţie, pentru a satisface în mod durabil nevoile nutriţionale, fără a compromite capacitatea de satisfacere a nevoilor generaţiilor următoare.

Strategiile de dezvoltare vizând atenuarea sărăciei şi garantarea celei mai bune nutriţii pentru toţi, trebuie să se bazeze pe obiectivul încrederii în echitate şi justiţie socială pentru protecţia şi binele tuturor în general, şi în mod particular al grupelor conexe.

Grupele cele mai vulnerabile din punct de vedere nutriţional sunt nou-născuţii, copiii mici, femeile gravide, handicapaţii şi persoanele vârstnice, aparţinând unor

Scanned with OKEN Scanner

familii sau medii defavorizate. Acestea sunt grupele ce trebuie protejate, lor trebuie să li se asigure, cu prioritate, un înalt nivel nutriţional, supraveghind ca ele să beneficieze de o atenţie deosebită în sânul familiei sau în cadrul serviciilor sanitare şi a programelor de securitate socială.

Politica de ameliorare nutriţională a populaţiei trebuie să ţină cont de faptul că obiceiurile, cunoştinţele şi creativitatea populară constituie un important motor al schimbării sociale. Mobilizarea colectivităţilor locale, a familiilor, este o condiţie prealabilă pentru accesul durabil la hrană şi pentru realizarea de programe şi proiecte adecvate ameliorării stării de nutriţie.

Trebuie recunoscută importanţa sectorului informaţional în transformarea şi distribuirea alimentelor.

Nevoile populaţiei trebuie să fie în centrul preocupărilor tuturor partenerilor angajaţi în dezvoltare atât în stadiul identificării problemelor, cât şi în cel al planificării conduitei şi evaluării intervenţiilor.

Un înalt nivel nutriţional este indispensabil unei bunăstări sociale, psihice şi fizice individuale, permiţând fiecăruia să trăiască în demnitate, să ducă o viaţă absolut productivă, să contribuie la evoluţia colectivităţii şi naţiunii. De aceea trebuie uşurat accesul la aprovizionarea cu alimente, cât şi la serviciile sanitare, educaţionale, sociale. De asemenea, trebuie introduse cunoştinţele despre nutriţie în universităţi, facultăţi de medicină şi şcoli cu profil agricol.

Politica demografică trebuie să ocupe un loc de cinste în strategia vizând asigurarea durabilă a unei bune stări nutriţionale. Este vorba de o planificare familială liber consimţită, viitorilor părinţi permiţându-li-se să aleagă liberi numărul copiilor pe care şi-i doresc.

Sănătatea este elementul esenţial, necesar dezvoltării omului, presupunând intervenţia a numeroase sectoare sociale şi economice şi nu în ultimul rând al celui sanitar.

Inegalităţile considerabile care există actualmente în situaţia sanitară a populaţiei, între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare, la fel şi cele din interiorul ţărilor sunt inacceptabile şi trebuie tratate de urgenţă printr-o acţiune comună politică, socială şi economică. Atenţia insuficientă acordată stării de nutriţie poate avea grave consecinţe asupra sănătăţii.

Guvernele trebuie să protejeze şi să promoveze sănătatea populaţiilor lor, formulând programe şi adoptând politici puse în slujba naţiunii, conform strategiei ce vizează asigurarea sănătăţii tuturor.

Cooperarea economică şi tehnică între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare este la fel de indispensabilă reducerii diferenţelor care există în utilizarea resurselor de hrană.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă nivelul stării de nutriţie a unei populaţii este subordonat unor serii de factori precum cei sociali, economici, biologici, ce influenţează capacitatea sa de a obţine, consuma şi utiliza eficient alimentele de care are nevoie o populaţie sănătoasă şi bine hrănită, aceasta se datorează succesului dezvoltării sociale şi economice.

Dreptul la un nivel de trai corespunzător şi implicit la un mod corespunzător de alimentaţie este recunoscut şi cuprins în *„Declaraţia universală a drepturilor omului"*.

Supravegherea stării de nutriţie a unei populaţii trebuie să fie obiectivul fundamental al unei politici sănătoase de promovare a unei dezvoltări optime, reuşite a fiecărui individ în parte. Astfel, trebuie promovate regimurile bine echilibrate care să aducă organismului toate elementele nutritive şi energia de care are nevoie, evitând supraalimentaţia şi, în aceeaşi măsură, subalimentaţia.

Conferinţa Internaţională asupra Nutriţiei trebuie considerată o etapă marcantă în combaterea foamei şi a malnutriţiei, mai ales în ţările în curs de dezvoltare, împiedicând, în acelaşi timp, apariţia bolilor legate de modul deficitar de alimentaţie.

Obiectivele planului de acţiune susţinut în cadrul Conferinţei Internaţionale asupra Nutriţiei au demarat în unele ţări şi regiuni, însă pentru a-şi atinge scopul, ele trebuie susţinute şi de dorinţa de a promova un înalt nivel nutriţional pentru toţi.

Recunoscându-se importanţa alimentaţiei în dezvoltarea somato-psihică a copiilor, în prevenirea unor malnutriţii mai mult sau mai puţin evidente, precum şi în obţinerea unor randamente crescute în activitatea de instruire şcolară, în unele ţări se aplică programe alimentare în care elevii primesc gratuit sau contra cost mic-dejunuri, dejunuri şi gustări judicios alcătuite şi atent verificate din punct de vedere al valorii nutritive.

Modul de alimentaţie al omului este influenţat de mediul geografic, de condiţiile climatice, de resursele naturale de hrană pe care i le oferă zona în care trăieşte. Dar, spre deosebire de alte vieţuitoare, omul este o fiinţă socială. Din această cauză comportamentul său alimentar este condiţionat în foarte mare măsură şi de alţi factori decât cei menţionaţi anterior, şi anume, de condiţiile economice, sociale, politice, culturale şi istorice. Am considerat necesar să trecem în revistă, succint, recomandările F.A.O./O.M.S. din programul lansat în anul 1992, pentru că ele stau la baza obligaţiilor pe care toate ţările trebuie să le respecte şi să caute să le aplice. Nerespectarea lor aduce prejudicii grave însăşi dezvoltării biologice a populaţiei.

3.2. Tranziţia şi alimentaţia

Perioada de tranziţie prin care trece România în prezent are un accentuat impact negativ asupra nivelului de trai, cu consecinţe asupra stării de sănătate.

Scanned with OKEN Scanner

Analizând în continuare, în mod detaliat, nivelul de trai al românilor în perioada de tranziţie, vom ajunge la concluzia că asistăm la o scădere dramatică a acestuia, cu consecinţe nefaste în primul rând asupra sănătăţii oamenilor.

Astfel, în ceea ce priveşte nevoile nutriţionale pentru organism, Institutul pentru Cercetarea şi Calitatea Vieţii recomandă, pentru un trai decent, următorul consum de alimente principale pe cap de locuitor, consum care este raportat pe zi şi pe an.

Tabel 1

Consumul mediu de alimente principale recomandat în nutriţia omului

Aliment	Consum mediu recomandat (g/zi)	Consum mediu recomandat (kg/an)
Carne şi preparate din carne	214	78,11
Lapte	316	115,2
Brânzeturi	112	40,8
Ouă	25 g	180 buc.
Grăsimi din care	45	16,5
ulei	22	7,9
Cereale şi produse cerealiere		
-pâine	300	109,5
- alte derivate cerealiere	127	46,3
Cartofi	227	83
Legume	328	120
Fructe	158	58
Zahăr	69	25

Sursa: Institutul pentru Cercetarea şi Calitatea Vieţii, anul 1998.

Pentru comparaţie redăm tabelul 2 referitor la cantităţile de alimente recomandate zilnic şi anual de către Comisia Naţională de Nutriţie a Ministerului Sănătăţii în anul 1981.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 2

Cantităţile de alimente principale recomandate în nutriţia omului

Aliment	Consum mediu recomandat (g/zi)	Consum mediu recomandat (kg/an)
Carne şi preparate din carne	192	70
Peşte şi produse din peşte	25	9
Lapte şi produse din lapte (exclusiv untul)	603 ml	220 l
Ouă	37	270 buc
Grăsimi (ulei, margarină, untură)	47	17
Legume şi produse din legume	466	170
Legume boabe	25	3
Fructe şi produse din fructe	233	85
Zahăr (inclusiv produse din zahăr)	63	23
Cartofi	192	70
Produse din cereale (făină, mălai, orez)	384	140

Sursa: Comisia Naţională de Nutriţie, 1981.

În continuare vom reda veniturile medii ale populaţiei României în luna ianuarie 1999.

Tabel 3

Veniturile medii ale populaţiei României în luna ianuarie 1999

Media salariului net pe economie	1 199 510 lei/persoană
Media pensiilor asigurărilor sociale (net)	644 808 lei/persoană
Media pensiilor în agricultură (net)	121 689 lei/persoană
Media ajutorului de şomaj (net)	200 000 lei/persoană

Sursa: Institutul pentru Cercetarea şi Calitatea Vieţii (ianuarie 1999).

Scanned with OKEN Scanner

La ora actuală, în România veniturile medii lunare ale populației nu pot acoperi cheltuielile lunare extrem de greu de suportat pentru marea majoritate a românilor. Vom lua ca exemplu o familie, considerată la noi familie standard, compusă din 2,8 persoane (părinți și 1 copil școlar), familie ce locuiește într-un apartament compus din două camere. Veniturile lunare ale acestei familii la nivelul lunii ianuarie 1999 reprezentau două salarii medii pe economie (2 383 020 lei) și alocația pentru copil care este în valoare de 65 000 lei, deci un venit lunar total în valoare de 2 446 020 lei, în condițiile în care cheltuielile lunare erau în valoare de 2 474 080 lei.

Pentru a întări ceea ce am afirmat mai sus, vom face o analiză și mai detaliată, din toate punctele de vedere, analiză efectuată la nivelul lunii ianuarie 1999, pentru asigurarea unui minim de trai decent.

Tabel 4

Consumul alimentar pe cap locuitor/lună și cheltuielile aferente stabilit de Institutul pentru Cercetarea Calității Vieții (1999)

Produs alimentar	Cantitate (kg/lună)	Preț (lei)	Preț total (lei)
Lapte de vacă	6,60	5 000	33 000
Telemea de oaie	2,00	28 000	56 000
Telemea de vacă	1,40	22 000	30 800
Iaurt	3,00	3 100 (175 g)	9 300
Carne de porc	1,80	35 000	63 000
Carne de vacă	1,50	35 000	52 500
Carne de pui	1,00	17 000	17 000
Parizer	1,00	26 000	26 000
Salam	0,70	30 000	21 000
Ouă	15	900	13 500
Ulei	0,66	11 500	7 590
Ceapă	5,00	4 000	12 500
Morcovi	5,00	2 500	20 000
Mere	4,80	7 000	33 600
Pâine	9,00	1 200	10 800
Paste făinoase	2,40	4 000 (500 g)	19 200
Zahăr	2,10	5 500	11 550
Cartofi	6,90	4 000	27 600
TOTAL:			464 940 lei

Scanned with OKEN Scanner

La acestea se adaugă şi următoarele alimente indispensabile vieţii:

Produs alimentar	Cantitate (kg/lună)	Preţ (lei)	Preţ total (lei)
Mălai	1,00	4 000	4 000
Făină	0,50	4 000	2 000
Pastă de tomate	1 cutie (400 g)	6 000	6 000
Biscuiţi	500 g	6 500	6 500
TOTAL:			18 500 lei

TOTAL CHELTUIELI ALIMENTARE 483 000 lei

Lista de recomandări a Institutului pentru Cercetarea Calităţii Vieţii este preluată din „Curierul Naţional" (februarie 1999) şi verificată la sursă. Preţurile sunt cele din ianuarie 1999.

Cheltuielile necesare/ locuitor pentru igienă corporală erau următoarele:

Tabel 5

Produs alimentar	Cantitate (kg/lună)	Preţ (lei)	Preţ total (lei)
Săpun	2 buc.	4 500	9 000
Detergent	2 cutii	7 500 (450 g)	15 000
Spumă de ras	1 spray	17 000	17 000
Pastă de dinţi	1 tub	11 000	11000
Aparate de ras	4 buc.	2 000	8 000
Şampon	1 sticlă	15 000	15 000
Tampoane	1 pachet	15 000	15 000
Deodorant	1 spray	20 000	20 000
TOTAL:			110 000 lei
TOTAL CHELTUIELI			593 440 lei

Dacă ne referim la o familie compusă din 3 persoane, cheltuielile lunare alimentare şi cele necesare pentru minima igienă corporală se ridicau, în luna ianuarie 1999, la cifra de 1 780 320 lei.

Şi cheltuielile lunare nu se opresc aici. În tabelul ce urmează sunt menţionate cheltuielile strict necesare aferente (cheltuieli de transport, energie electrică, telefon, întreţinere, cablu, radio, şcolare) suportate de familia standard compusă din 3 persoane la nivelul lunii ianuarie 1999.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 6

Cheltuieli aferente	Suma (lei)
Transport	170 000
Energie electrică (consum lunar mediu de aprox.1000 KWh)	38 250+ anticipație = 65 460
Telefon	48 000
Întreținere	300 000
Cablu	35 000
Radio	8 400
Școală	50 000
TOTAL CHELTUIELI AFERENTE	715 290 lei

Sursa: Institutul pentru Cercetarea Calității Vieții, anul 1999.

Deci cheltuielile lunare de strictă necesitate se ridicau aproximativ la cifra de 2 474 080 lei, acestea depăşind cu aproximativ 26 000 lei veniturile lunare, fără a mai socoti impozitul pe casă, cheltuielile pentru medicamente, cheltuielile neprevăzute, cheltuielile pentru concediu etc. De aici rezultă că *singura posibilitate pentru ca familia standard să facă economii este cea din sectorul alimentar şi de igienă.* În lunile ce urmează asistăm la o degradare şi mai accentuată a nivelului de trai, degradare cauzată de slaba putere de cumpărare a leului, deci de creşterea galopantă a inflației. Faptul că venitul mediu pe economie a crescut, în luna februarie 1999, la 1 294 259 lei (4,3% mai mult față de venitul mediu pe economie din luna ianuarie 1999) nu a adus nici o îmbunătățire a nivelului de trai, în condițiile în care inflația a crescut cu 2,9%, iar puterea de cumpărare a leului a crescut doar cu 1,4%.

În momentul de față, când scriu acest capitol (decembrie 1999), alimentația continuă să fie problema principală a societății, bugetul familial suportând cheltuieli foarte mari pentru asigurarea ei. Din păcate ne confruntăm cu o situație dramatică, practic insuportabilă pentru foarte mulți dintre noi. Prețurile reprezentând cheltuielile aferente de strictă necesitate (căldura, electricitate, telefonul, apa) sunt din ce în ce mai mari. Dacă până în luna mai 1998 prețul unei Gcalorii a crescut în progresie aritmetică, ea ajungând de la 62 000 lei cât era în luna noiembrie 1997 la suma de 80-87 000 lei, din luna mai 1998 energia termică a devenit un articol de lux. Asistăm la o creştere în progresie geometrică a prețului unei Gcalorii, aceasta ajungând la suma de 230 000 lei în luna octombrie 1999. Dacă raportăm prețul energiei termice la un apartament cu 2 camere, locuit de 2 persoane, acesta va depăşi, începând cu data de 1 decembrie 1999, suma de 1 000 000 lei, ceea ce reprezintă *venitul mediu*

Scanned with OKEN Scanner

pe 3 săptămâni al unui om. Nu mai sunt izolate cazurile când oamenii care locuiesc la bloc renunţă la încălzirea locuinţelor şi la apa caldă strict necesară, din cauza preţurilor extrem de mari şi implicit a imposibilităţilor financiare de plată.

Un studiu recent efectuat pe un eşantion de 36 000 gospodării din 501 centre de cercetare din întreaga ţară de către Comisia Naţională de Statistică (Ancheta Integrală în Gospodărie - A.I.G.) în perioada iulie 1998-iunie 1999 (publicat în ziarul „Adevărul" din 24 ianuarie 2000, sub semnătura lui Ilie Ştefan şi redat în rezumat) arată că în perioada analizată cheltuielile totale lunare pentru o gospodărie au însumat în medie 2 040,6 mii lei (venitul mediu brut pe economie a fost de 2 084,1 mii lei; veniturile la patroni au depăşit de 2,3 ori venitul mediu, iar veniturile de la şomeri au reprezentat numai 76% din venitul mediu (de precizat că la o sută de lei salariu brut, revine peste 23 lei impozit pe salariu, contribuţia la pensii suplimentare şi şomaj). Cheltuielile totale au fost în medie de 3 767,0 mii lei la patroni, de 2 756,1 mii lei la salariaţi, de 1 928,1 mii lei la şomeri şi pensionari. Populaţia consumă 55% din venituri pentru alimentaţia zilnică; şomerii nu dispun pentru alimentaţie decât de 262,8 mii lei lunar, ceea ce înseamnă 10 000 lei (zece mii lei)/persoană (în prezent fiind 1,1 milioane şomeri, ceea ce reprezintă 11,5% din forţa de muncă salariată).

În ceea ce priveşte salariaţii, cheltuielile pentru bunuri alimentare şi plata serviciilor au fost de 490 500 lei/persoană lunar, respectiv 16 000 lei pe zi. Aproximativ 37% din totalul cheltuielilor pentru alimentaţie şi băuturi au fost asigurate din resurse proprii ale gospodăriilor (29% în mediul urban şi 58% în mediul rural, situaţie caracteristică pentru un nivel de viaţă scăzut la populaţii sărăcite). Structura cheltuielilor pentru cumpărarea produselor alimentare relevă că 57,0% au fost destinate pentru pâine şi produse cerealiere, carne şi produse din carne, ulei şi cartofi. Cheltuielile băneşti pentru surse nealimentare reprezintă la salariaţi 281 251 lei pe gospodărie, respectiv 85 230 lei pentru o persoană (mai mult de jumătate din această sumă este pentru îmbrăcăminte şi combustibil).

În ceea ce priveşte plata serviciilor, cea mai ridicată pondere (60,0%) o deţin cheltuielile pentru energia electrică, apă, canal, salubritate, telecomunicaţii. *Sumele alocate pentru îngrijire medicală, igienă, pregătire şcolară şi recreere sunt nesemnificative.*

3.3. Analiza comparativă a sistemului nutriţional pe grupe de alimente între anii 1933-1996

F.A.O., făcând referiri la caracteristicile nutriţionale ale ţărilor în curs de dezvoltare incluzând şi România (Conference internationale sur la nutrition, *„Déclaration*

Scanned with OKEN Scanner

mondiale sur la nutrition et plan d'action", F.A.O. et O.M.S., decembre 1992) subliniază câteva aspecte în ceea ce priveşte anul 1991. Dacă din punct de vedere caloric alimentaţia corespundea normelor propuse sau era acceptabilă (2 832 calorii faţă de circa 3 000 calorii propuse de normele în vigoare, în privinţa structurii ea lasă de dorit. În ceea ce priveşte consumul de proteine, 75% erau de origine vegetală şi 25% de origine animală (acest raport se menţine acelaşi, cu foarte mici variaţii, până în anul 1996, conform unor statistici oficiale ale Comisiei Naţionale de Statistică).

În perioada anilor 1997-1998 asistăm la o scădere a valorii calorice respectiv la 2 586 calorii/persoană şi respectiv 2 624 calorii/persoană precum şi la o modificare deosebit de alarmantă a structurii componentelor nutriţionale, modificare ce necesită o analiză separată, datorită consecinţelor pe care le poate avea. Aceste scăderi sunt semnificative.

Spre exemplificare vom prezenta unele extrase din Buletinul Institutului de Statistică, Enciclopedia României - D.Gusti, 1938 şi din Istoria României, Buletinele Comisiei de Statistică 1992/1993, date publicate spre a fi supuse atenţiei cititorilor în ziarul „România liberă" *din 7 mai 1993. În continuare vom compara aceste date cu cele actuale pe care le avem de la Comisia Naţională de Statistică, octombrie 1999.*

Asistăm astfel la o scădere evidentă a consumului unor produse alimentare de bază în anii de după 1992 şi, mai ales în perioada 1997-1998, comparativ cu anii 1933 şi 1982.

Consumul de carne şi produse din carne zilnic pe cap de locuitor a fost de 250 g în anul 1933, de 165 g în anul 1982 şi 125 g în anul 1992. El se menţine asemănător cu cel din anul 1992 în anii 1993-1996 (tabel 7). În anul 1998 consumul de carne scade la 117 g zilnic/cap locuitor.

Consumul de lapte a fost de 200 ml zilnic pe cap de locuitor în anul 1933, 500 ml în anul 1982 şi de 448 ml în anul 1992, menţinându-se asemănător cu cel din anul 1992 în perioada 1993-1996. În anul 1998 consumul de lapte ajunge la 321 ml zilnic (sursa: Comisia Naţională de Statistică).

Consumul de pâine scade de la 440 g zilnic/cap de locuitor (1933) la 360 zilnic/cap de locuitor (1982) şi apoi la 385 zilnic/cap de locuitor (1992). Scăderea se accentuează şi în perioada 1993-1996 variind între 360 şi 380 g ajungând la 335 g zilnic/cap de locuitor în anul 1998.

Consumul de ouă atinge minimul în anul 1998 (24 g zilnic/cap locuitor).

Consumul de legume a fost în anul 1933 de 330 g zilnic/cap de locuitor, în anul 1982 de 450 g zilnic/cap de locuitor, scăzând la 266 g zilnic/cap de locuitor în anul 1992. În perioada 1993-1996 consumul de legume variază între 309 şi 306 g zilnic/cap de locuitor, ajungând la 248 g zilnic în anul 1998.

Scanned with OKEN Scanner

Consumul de fructe a scăzut, de la 460 g zilnic/cap de locuitor cât era în anul 1933, la 230 g zilnic în anul 1982, ajungând la 130 g în anul 1992. După aceleaşi date statistice consumul de fructe variază în perioada 1993-1996 între 131 şi 122 g, iar în anul 1998 ajunge la 73 g zilnic.

Consumul de zahăr era de 33 g zilnic/cap de locuitor în anul 1933, 60 g zilnic/cap de locuitor în anul 1982, 67 g zilnic/cap de locuitor în anul 1992, iar în anul 1998 ajunge la cea mai mică valoare: 31 g zilnic/cap de locuitor.

În tabelele 6,7,8,9 sunt exprimate valorile calorice ale consumului anual şi zilnic/cap de locuitor (tabelele 6 şi 7) şi compoziţia în principii nutritive ale acestor calorii (tabelele 6 şi 7) precum şi procentul de calorii de origine animală şi vegetală din consumul energetic zilnic (anii 1990-1996).

În tabelul 9 este exprimat consumul pe grupe de alimente în procente faţă de cantităţile optime expus în tabelul 1 (sursa: Comisia Naţională de Statistică şi Institutul de Igienă Alimentară, 1993) pentru toată perioada 1990-1998 inclusiv (a se vedea tabelele 4,5,6,7 şi 8).

În anul 1992 asistăm la o scădere a valorii calorice totale faţă de anul 1990 (90,5% din calorii), dar ceea ce este remarcabil este consumul cărnii, care scade la 74% (comparativ cu anul 1990) şi la 83% (faţă de anul 1991). Consumul de carne în perioada 1993-1996 se menţine la valori asemănătoare celei din 1991 (tabelul 6). Anii 1997-1998 vor fi analizaţi separat pentru că deteriorarea sistemului alimentar în gospodării este mult mai accentuată în această perioadă. În această perioadă scad, de asemenea, consumul de grăsimi şi ouă. Consumul de proteine scade, de asemenea, simţitor în această perioadă.

Din analiza structurii alimentaţiei din perioada 1990-1996 se observă că numărul de calorii de origine vegetală depăşeşte 75%, iar caloriile de origine animală se menţin sub 25%. Deci este evidentă deteriorarea structurii alimentare (caloriile de origine vegetală nu trebuie să depăşească 50-60% din numărul total). Proteinele de origine animală oscilează între 23,62% şi 24,41%, aportul optim fiind de 50%. Grăsimile animale depăşesc 50% (valorile optime), ajungând la peste 60% din cantitatea totală de grăsimi.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 7

Alimentația populației din România pe cap locuitor/zi în perioada 1990-1996*

Produse alimentare	An						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Carne şi produse din carne (g)	167	149	125	130,6	124,6	130,9	129,3
Peşte (g)	14	18	10	-	-	-	12
Lapte şi produse lactate (ml)	395	541	448	484	492	516	528
Grăsimi (g)	51	49	40	39	35	39	39
Ouă (g) (un ou =50 g)	33	32	27	26	27	27	27
Cereale şi produse cerealiere (g)	417	398	401	437	434	445	440
Cartofi	163	115	164	203	183	195	201
Legume şi produse leguminoase	303 19	242,5 11	276 9	309 -	302 -	317 -	316 16
Fructe	163	125	130,6	176	131	125	138
Zahăr	75	72	67	65	67	64	68

Total calorii:						
Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
3 039	2 832	2 753	2 959	2 872	2 921	2 953

Nr locuitori în România						
Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
23 207 000	23 185 000	22 789 000	22 755 000	22 731 000	22 681 000	22 608 000

*La peşte, legume şi produse leguminoase nu avem date statistice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 8

Alimentația populației din România pe cap locuitor/an în perioada 1990-1996

Produse alimentare	An						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Carne și produse din carne (kg)	61	54,4	45,7	47,7	45,5	47,8	47,2
Pește (kg)	5,11	6,6	3,65	-	-	-	4,38
Lapte și produse lactate (l)	144,4	197,7	163,7	176,9	179,5	188,6	192,7
Grăsimi (g)	18,5	16,5	14,4	14,1	12,9	14,2	14,3
Ouă (g) (un ou =50 g)	246	241	196	190	194	197	199
Cereale și produse cerealiere (kg)	152,5	145,3	146,5	159,6	158,6	162,4	166,6
Cartofi (kg)	59,4	42,0	60	73,9	66,7	71,0	73,4
Legume și produse leguminoase (kg)	110,8	110,8	88,5	100,7	112,7	110,3	115,6
Fructe (kg)	59,5	45,7	47,7	64,3	47,8	45,8	50,5
Zahăr (kg)	27,3	26,4	24,4	23,7	24,5	23,5	24,8
	Total calorii:						
	Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
	3 039	2 832	2 753	2 959	2 872	2 921	2 953
	Nr locuitori în România (milioane)						
	Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
	23 207 000	23 185 000	22 789 000	22 755 000	22 731 000	22 681 000	22 608 000

Sursa: Comisia Națională de Statistică, 1999.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 9

Consum alimentar mediu zilnic /cap locuitor.
Compoziţia caloriilor pe principii nutritive

Compoziţia caloriilor	An						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Proteine totale (g)	97	82	88,3	94,3	92,9	94,4	94,7
-Proteine animale	44,7	35	38,3	39,5	39	41,7	43,5
Procent (%)	43,3	42,1	43,4	41,6	42	44,2	46
Lipide totale	93	85	80,2	82,7	78,0	78,8	80,5
- Lipide animale	49	48	46,2	48	47,1	46,5	47,1
Procent (%)	52,7	56	53,2	58	60	59	58,5
Glucide	433	435	403,2	440,7	431,3	441,2	442,2
	Total calorii:						
	Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
	3 039	2 832	2 753	2 959	2 872	2 951	2 921

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, anii 1998-1999.

Tabel 10

Consum caloric mediu zilnic /cap locuitor şi structura caloriilor

Structura caloriilor	An						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Calorii de origine animală (nr.)	711		671	699	690	706	721
Procent (%)	23,4	25	24,32	23,62	24,02	24,16	24,41
Calorii de origine vegetală (nr.)	2 327		2 082	2 260	2 182	2 215	2 232
Procent (%)	76,6	77,1	75,68	76,38	75,28	75,84	75,59
	Consum calorii:						
	Anul 1990	Anul 1991	Anul 1992	Anul 1993	Anul 1994	Anul 1995	Anul 1996
	3 039	2 832	2 753	2 959	2 872	2 951	2 921

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, anii 1998-1999.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 11

Consumul alimentelor principale (% faţă de cantităţile recomandate zilnic/ cap locuitor)

Produse alimentare	An								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Carne şi produse din carne -cantitate recomandată/zi:190 g	87,4	78,4	65,7	68,7	65,6	68,9	68	61,6	61,0
Peşte -cantitate recomandată/zi:25 g	56	72	40	39	-	-	41	39	40
Lapte şi produse lactate -cantitate recomandată/zi:440 g	90	122	102	110	112	117	120	68	67
Grăsimi (g) -cantitate recomandată/zi:45 g	113	109	88	85	78,5	86,5	87	100,4	100,4
Ouă (g) (un ou =50 g) -cantitate recomandată/zi:35 g	94	91,5	77	74	77	77	77	66	69
Cereale şi produse cerealiere -cantitate recomandată/zi:350 g -cantitate recomandată/zi:50 g	105	100	101	109	109	112	115	106,5 270	106 279
Cartofi -cantitate recomandată/zi:190 g	86	61	86	107	96	103	106	78	75
Legume -cantitate recomandată/zi:350 g	87	69	76	88	86	91	90	68	71
Leguminoase -cantitate recomandată/zi:10 g	190	110	90				190	226	229
Fructe -cantitate recomandată/zi:200 g	81,5	62,5	65,3	88	65,5	62,5	69	35	36
Zahăr -cantitate recomandată/zi:60 g	125	120	112	108	112	106	113	49,5	51

Scanned with OKEN Scanner

3.3.1. Anchete alimentare pe eşantioane de populaţie

Din anchetele alimentare în diversele colective de muncă din această perioadă, rezultă situaţia concretă nutriţională a populaţiei investigate, date care confirmă rezultatele statistice generale pe toţi anii. Conform recomandărilor O.M.S., studierea modului de alimentaţie în toate ţările membre este obligatorie. Din lucrarea *La surveillence nutritionelle*, ed. Mason, 1987, reies clar aceste preocupări O.M.S. asupra modului de alimentaţie în întreaga lume.

3.3.1.1. Investigaţii ale alimentaţiei la unele colective de muncitori în perioada anilor 1988-1989

În cercetările efectuate în perioada 1988-1989 de colectivul condus de S.Dumitrache la Întreprinderea de pielărie şi încălţăminte „Flacăra Roşie" din Bucureşti şi Întreprinderea textilă „Bucegi" din Pucioasa, şi în perioada 1986, în localităţi rurale din Transilvania, s-au confirmat deficienţele alimentare care reies din analiza perioadei 1950-1989:

a) au fost investigate complet din punct de vedere al modului de alimentaţie şi al indicatorilor somatometrici şi biochimici un număr de 235 persoane la Întreprinderea de pielărie şi încălţăminte „Flacăra Roşie" şi 212 persoane la Întreprinderea textilă „Bucegi".

A. Eşantionul de la Întreprinderea de pielărie şi încălţăminte „Flacăra Roşie"

Tabel 12

Grupa de vârstă	Total	Bărbaţi	Femei
18-19 ani	16	4	12
20-40 ani	131	13	118
41-65 ani bărbaţi	88	24	-
41-60 ani femei		-	64
Total	235	41	194

Se observă predominanţa netă a femeilor (88,6%) şi a grupei de vârstă 20-40 ani (55,7%). Tinerii sub 20 ani au prezentat un procent foarte redus (6,8%).

Referindu-ne la mediile anuale ale consumului alimentar, se constată că s-au consumat cantităţi apropiate de cele normale sau chiar mai mari de leguminoase uscate, pâine, uleiuri, peşte şi preparate din carne. Consumul a fost insuficient însă la toate celelalte grupe de alimente.

Scanned with OKEN Scanner

În privinţa consumului de carne, cele 157,9 g au prezentat 78,7% din cantitatea recomandată:

- carne de porc - 58,0 g
- carne de pasăre - 33,7 g
- carne de vită - 14,0 g
- carne de oaie - 1,8 g
- mezeluri - 0,8 g

Raţia medie zilnică de peşte şi preparate din peşte, în condiţiile obiceiurilor alimentare din ţara noastră, dacă se asigură cantităţi suficiente din carne şi preparate din carne, este de 25 g. Media anuală găsită a fost de 24,7 g.

Consumul de ouă a fost scăzut, şi anume de 23 g faţă de 35 g recomandate.

Grupa laptelui şi a brânzeturilor a fost deficitară mai ales în ceea ce priveşte laptele. Cel mai scăzut consum s-a înregistrat toamna. Vara, insuficienţa a fost compensată parţial prin consum crescut de brânzeturi.

Raţia medie anuală de grăsimi a fost de 33 g faţă de 45 g recomandate. Deficitul s-a datorat consumului redus de untură (5,6 g) şi de unt (5,7 g).

În toate cele trei etape, pâinea a figurat în cantităţi suficiente (+6,3%). La celelalte derivate cerealiere (paste făinoase, orez, griş, mălai) s-a înregistrat un deficit de -14,2%.

Mediile anuale ale consumului de legume şi fructe au fost scăzute: 88 g faţă de 190 g recomandate la cartofi şi 245 g faţă de 350 g la legume. Trebuie menţionat că în grupa legumelor au fost incluse şi conservele de legume. Media anuală de fasole boabe, reprezentarea consumului de leguminoase uscate a fost de 17 g/zi faţă de 10 g recomandate.

Media anuală de fructe a fost de 95 g/zi, reprezentând numai 48% din raţia recomandată (200g/zi). În timpul primăverii au revenit 42 g, toamna însă, s-a înregistrat o creştere la 122 g/zi.

Consumul de zahăr şi produse zaharoase a fost redus (26,5 g/zi) faţă de ceea ce se putea consuma (60 g).

Tabel 13

Consumul mediu zilnic de alimente (g/persoană)
la eşantionul din Întreprinderea „Flacăra Roşie

Grupe de alimente	Pe sezoane			Anual	Recomandat	Abatere %
	Primăvara	Vara	Toamna			
0	1	2	3	4	5	6
Carne şi produse din carne	183,6	144,3	145,9	157,9	180	-21,3
Peşte şi preparate	28,3	18,1	27,8	24,7	25	-1,2
Ouă	28,6	21,2	19,1	22,9	35	-34,6

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6
Lapte	110,4	93,1	77,9	93,8	250	-62,5
Brânzeturi	25,2	54,2	21,6	33,6	50	-32,8
Grăsimi din care:	37,0	31,2	31,5	33,2	40	17,0
uleiuri	24,4	20,7	20,4	21,8	20	+9,0
Pâine	375,5	371,7	379,4	372,1	350	+6,3
Alte derivate cerealiere	47,3	31,7	44,1	42,9	50	-14,2

Tabel 14

Conținutul în calorii al rațiilor alimentare

Perioada	Calorii		
	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	2 480	2 291	-7,4
Primăvara	2 480	2 415	-2,5
Vara	2 480	2 318	6,5
Toamna	2 480	2 141	-13,6

Conținutul în calorii al rațiilor alimentare este redat în tabelul de mai sus. Alimentația nu a acoperit integral cheltuiala de energie calculată ca fiind de 2 480 calorii/persoană/zi, însă deficitul anual mediu nu este mare (-7,4%). Cea mai echilibrată alimentație din punct de vedere caloric a fost primăvara (2 415 calorii față de 2 480 calorii), iar cea mai deficitară, toamna (2 141 calorii față de 2 480 calorii).

Conținutul în proteine al rațiilor este redat în tabelul ce urmează.

Tabel 15

Conținutul în proteine

Perioada	Proteine					
	Total			Proteine animale		
	Recomandat	Aport	Abatere %	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	90	79	+62,2	45	38	-15,6
Primăvara	90	84	-6,7	45	41	-8,9
Vara	90	81	-10,0	45	39	-13,3
Toamna	90	71	-21,1	45	33	-26,7

Scanned with OKEN Scanner

Necesarul mediu de proteine calculat a fost de 90 g proteine totale, din care 45 g trebuiau să fie de origine animală. Raţiile alimentare au adus însă cantităţi mici de proteine: 79 g faţă de 90 g recomandate şi 38 g faţă de 45 g proteine animale. Deficitul s-a accentuat toamna.

Carenţa proteică s-a datorat consumului insuficient de produse lactate, carne, ouă şi derivate cerealiere. Surplusul de fasole albă, aliment bogat în proteine, nu a putut însă remedia această situaţie.

Conţinutul în lipide este redat în tabelul 16.

Tabel 16

Conţinutul în lipide

Perioada	Lipide					
	Total			Lipide animale		
	Recomandat	Aport	Abatere %	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	80	85	+6,2	40	53	+32,5
Primăvara	80	95	+18,7	40	56	+40,0
Vara	80	86	+7,5	40	56	+40,0
Toamna	80	74	-7,5	40	47	+17,5

Raţia medie zilnică recomandată a fost de 80 g, din care cele de origine animală nu trebuiau să depăşească 40 g pentru a evita efectele dislipemiante ale acestora. Consumul mediu anual de grăsimi s-a situat cu puţin peste cel optim: 85 g faţă de 80 recomandate. A existat însă o accentuată variaţie sezonieră, de la 74 g toamna până la 95 g primăvara.

Conţinutul în glucide al raţiilor alimentare este redat în tabelul următor.

Tabel 17

Conţinutul în glucide

Perioada	Glucide		
	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	335	311	-7,2
Primăvara	335	313	-6,6
Vara	335	313	-6,6
Toamna	335	307	-8,4

Scanned with OKEN Scanner

Raţia de glucide recomandată (335 g/zi) nu a fost acoperită integral. Deficitul e de mică amploare (7,2%) şi nu ar fi apărut dacă s-ar fi consumat cantităţi mai mari de pâine şi alte derivate cerealiere.

În privinţa greutăţii corporale, normoponderalii au fost în procent de 34,4%, hipoponderalii de 9,4% şi hiperponderalii de 56,2%, conform celor prezentate în tabelul următor.

Tabel 18

Grupe	Total	Hipoponderali		Normoponderali		Hiperponderali	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Tot lotul	235	22	9,4	81	34,4	132	56,2
Tineri sub 20 ani	16	2	12,5	8	50,0	6	37,5
Bărbaţi 20-65 ani	37	11	29,7	17	46,0	9	24,3
Femei 20-60 ani	182	9	4,9	56	30,8	117	64,3

Frecvenţa hipertensiunii arteriale a fost următoarea:

- bărbaţi până la 40 ani - 0
- bărbaţi peste 40 de ani - 58,3%
- femei până la 40 de ani - 5,1%
- femei peste 40 de ani - 20,3%

Frecvenţa anemiei a fost mai mare la bărbaţii vârstnici şi la femeile de 20-40 ani. S-au determinat lipidele totale, colesterolul şi trigliceridele serice. Rezultatele sunt prezentate în tabelul ce urmează.

Tabel 19

Lotul	Lipidemie		Colesterolemie		Trigliceridemie	
	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.
Tot lotul	491,2	-	224,7	-	77,5	-
Sub 30 ani	460,5	650	199,8	180	67,5	75
30-40ani	478,5	650	219,5	190	75,5	85
41-50 ani	514,4	680	237,8	220	85,1	115
Peste 50 ani	542,1	720	261,3	240	90,4	125

Scanned with OKEN Scanner

Media lipidelor totale pe întregul eşantion a fost de 491,2 mg/100 ml, media colesterolului a fost de 224,7 mg/100 ml, iar media trigliceridelor de 77,5 mg/100 ml.

B. Eşantionul de la Întreprinderea textilă „Bucegi"

Eşantionul a cuprins 212 persoane, dintre care 166 femei şi 46 bărbaţi.

Tabel 20

Grupa de vârstă	Total	Bărbaţi	Femei
18-19 ani	8	-	8
20-40 ani	125	24	101
41-65 ani bărbaţi	-	-	-
41-60 ani femei	79	22	57
Total	212	46	166

Structura eşantionului

Tabel 21

Grupe de alimente	Pe sezoane			Anual (g/pers.)	Recomandat (g/pers.)	Abatere % (g/pers.)
	Primăvara (g/pers.)	Vara (g/pers.)	Toamna (g/pers.)			
0	1	2	3	4	5	6
Carne şi produse din carne	194,6	178,6	175,7	183,3	190	-3,5
Peşte şi preparate	15,8	29,9	45,9	30,9	25	+23,6
Ouă	57,9	40,9	38,9	45,9	35	+31,1
Lapte	103,4	87,3	82,7	91,1	250	-63,6
Brânzeturi	21,5	65,2	52,1	46,3	50	-7,4
Grăsimi, din care:	58,9	46,8	59,4	55,1	45	+22,4
grăsimi vegetale	36,8	35,2	43,8	38,7	22	+75,9
Pâine	364,0	352,3	325,8	347,7	360	-3,4
Alte derivate cerealiere	103,2	53,8	69,9	75,4	50	+50,8
Cartofi	188,1	206,4	200,7	198,4	190	+4,4
Alte legume	338,8	385,3	380,3	368,1	350	+5,2
Leguminoase uscate	34,0	26,7	21,9	27,6	12	+130,0
Fructe	66,4	218,5	270,6	184,5	200	-7,7
Zahăr şi produse zaharoase (în echivalent zahăr)	33,3	22,4	27,8	27,9	60	-53,5

Scanned with OKEN Scanner

Media anuală a consumului de carne şi preparate din carne a fost apropiată de cea reacomandată (183 g faţă de 190 g/zi).

Consumul a fost mai crescut primăvara (195 g) şi s-a redus vara (179 g) şi toamna (176 g).

Pe sorturi situaţia era următoarea:

- carne de porc - 62,1 g
- carne de pasăre - 50,1 g
- carne de vită - 26,9 g
- carne de oaie - 2,7 g
- mezeluri - 38,3 g
- conserve de carne - 3,2 g.

În privinţa consumului de peşte, faţă de o medie recomandată de 25 g/zi, s-au consumat 31 g.

Consumul de ouă a fost bine reprezentat (46 g/zi), iar primăvara 58 g/zi.

Consumul de lapte a fost insuficient (91 g faţă de 250 g recomandate).

Media anuală a grăsimilor (55 g/zi) era mai mare decât cea recomandată (45 g/zi).

Consumul de pâine era uşor deficitar (348 g faţă de cele 360 g recomandate), fiind însă pe deplin compensat de celelalte derivate cerealiere care s-au consumat excedentar (75 g media anuală faţă de 50 g recomandate).

În privinţa consumului de legume, mediile anuale la cartofi au fost apropiate de cele recomandate (198 g faţă de 190 g), iar la legume, 368 g faţă de 350 g recomandate.

Consumul leguminoaselor uscate a depăşit mult raţia recomandată, media anuală fiind 28 g faţă de 10 g recomandate.

În ceea ce priveşte consumul de fructe, media anuală era deficitară (185 g/zi faţă de 200 g recomandate), fructele suculente fiind cele care predomină în consum.

Cantitatea totală obţinută ca medie anuală (28 g) pentru zahăr şi produse zaharoase, reprezintă mai puţin de jumătate din ceea ce se poate consuma fără prejudicii nutriţionale (60 g/zi).

Ţinând însă seama că raţia alimentară globală a adus un surplus de calorii faţă de cheltuiala de energie a subiecţilor din eşantion, consumul redus de zahăr şi de produse zaharoase nu reprezintă în acest caz un dezavantaj din punct de vedere nutritiv.

Nivelul caloric al raţiilor este redat în tabelul următor.

Tabel 22

Perioada	Calorii		
	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	2 550	2 746	+7,7
Primăvara	2 550	2 865	+12,3
Vara	2 550	2 697	+5,8
Toamna	2 550	2 676	+4,9

Scanned with OKEN Scanner

S-a calculat ca necesar mediu de calorii 2 550 calorii/persoană/zi. În toate cele trei sezoane, raţiile au acoperit cheltuiala de energie sau chiar a adus un surplus caloric ce a variat între +4,9%, toamna şi +12,3%, primăvara.

Media anuală a fost cu +7,7% mai mare decât necesarul.

Conţinutul în proteine este redat în tabelul următor.

Tabel 23

Perioada	Proteine					
	Total			Proteine animale		
	Recomandat	Aport	Abatere %	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	90	92,5	+2,8	45	43,7	-2,9
Primăvara	90	97,4	+8,2	45	42,5	-5,6
Vara	90	90,6	+0,7	45	44,5	-1,1
Toamna	90	89,5	-0,6	45	44,2	-1,8

Necesarul calculat a fost de 90 g proteine totale, din care 45 g de origine animală. Din datele tabelului se observă că raţia totală de proteine a fost uşor depăşită primăvara (97,4 g faţă de 90 g) şi s-a situat foarte aproape de raţia recomandată în perioada de vară (90,6 g) şi de toamnă (89,5 g).

Carenţa în proteine de origine animală, mai ales primăvara (42,5 g faţă de 45 g), s-a datorat consumului insuficient de produse lactate.

Conţinutul în lipide este redat în tabelul ce urmează.

Tabel 24

Perioada	Lipide					
	Total			Lipide animale		
	Recomandat	Aport	Abatere %	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	85	99,3	+16,8	43	56,1	+30,5
Primăvara	85	104,0	+22,3	43	62,3	+44,9
Vara	85	97,2	+14,3	43	57,0	+32,6
Toamna	85	96,6	+13,6	43	48,8	+15,5

Raţia medie zilnică recomandată a fost de 85 g, din care 43 erau de origine animală. Consumul lor a depăşit raţiile recomandate, mai ales primăvara (+22,3% la lipide totale şi +44,9% la cele animale).

Mediile anuale s-au situat peste nivelele optime cu 16,8% la lipide totale şi cu 30,5% la lipide animale.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, alimentația lotului investigat a putut fi considerată dislipidemiantă şi aterosclerozantă.

Conținutul în glucide este redat în tabelul următor.

Tabel 25

Perioada	Glucide		
	Recomandat	Aport	Abatere %
Media anuală	340	352,2	+3,6
Primăvara	340	365,5	+7,5
Vara	340	346,8	+2,0
Toamna	340	344,2	+1,2

Alimentele consumate au asigurat integral raţia de glucide, aducând chiar un uşor exces primăvara (365,5 g faţă de 340 g). Raţia medie anuală a depăşit cu puţin 3,6%, nivel considerat optim.

Procentul normoponderalilor a fost de 47,7% (101 persoane din cele 212 anchetate), al hipoponderalilor de 11,3%, iar al hiperponderalilor de 41%.

Frecvenţa hipertensiunii arteriale a fost de 31,8% la bărbaţii cu vârsta între 41-65 ai, de 17,5% la femeile cu vârsta între 41-60 ani şi de 1,8% la femeile având vârsta până în 40 de ani. Din numărul total de persoane investigate (212) 19 au fost găsite cu valori tensionale crescute, reprezentând un procent de 9%.

Frecvenţa mare a anemiei a fost întâlnită la femei, înregistrându-se valori scăzute până la 43,3% pentru hemoglobină, 23% pentru hematocrit şi până la 44,3% pentru indicele CHEM. Prevalenţa mult mai mare a persoanelor cu hipohemoglobinemie, faţă de cele cu hematocrit scăzut, a sugerat că principala cauză nutriţională a anemiei a fost carenţa de fier.

Media lipidelor totale pe întreg eşantionul a fost de 451 mg/100 ml, mai redusă decât la eşantionul din Întreprinderea „Flacăra Roşie" (491 g), mediile lipemiilor au crescut de la o decadă la alta, dar toate s-au situat cu mult sub limitele maxime admise. Astfel, la persoanele sub 30 de ani, lipemia a fost de 406 mg/100 ml (limita fiind 650 mg/100 ml), iar la cele peste 50 ani a ajuns la 502 mg/100 ml (limita fiind 720 mg/100 ml). Media colesterolului pe tot eşantionul a fost de 188 mg/100 ml. Cu excepţia decadei de vârstă 41-50 ani, mediile colesterolului s-au situat sub limitele maxime admise. Şi în cazul trigliceridelor s-a constatat o creştere a concentraţiei lor o dată cu vârsta (de la 76 mg/100 ml, pentru cei cu vârsta sub 30 de ani, până la 95 mg/100 ml, la cei cu vârsta peste 50 de ani). Media pe tot eşantionul a fost de 84 mg/100 ml. La subiecţii cu vârsta sub 30 de ani, media

Scanned with OKEN Scanner

trigliceridelor a depăşit cu puţin limita maximă normală (75,8 mg/100 ml), iar la celelalte grupe, mediile au fost mai mici decât nivelele maxime admise.

Tabel 26

Grupe	Lipidemie		Colesterolemie		Trigliceridemie	
	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.	Medii găsite mg.	Limite maxime norm. mg.
Tot lotul	451,1	-	188,3	-	84,3	-
Sub 30 ani	405,9	650	161,1	180	75,8	75
30 - 40ani	442,2	660	182,9	190	82,6	85
41 - 50 ani	494,4	680	224,2	220	91,8	115
Peste 50 ani	502,0	720	203,3	240	94,8	125

3.3.1.2. Investigaţii nutriţionale ale populaţiei din Transilvania (perioada 1986-1990)

Un alt studiu referitor la alimentaţia şi starea de nutriţie a unor grupe de populaţie a fost efectuat de diverse colective de cercetare în perioada 1986-1990. Investigaţiile au cuprins 5 întreprinderi industriale, 4 localităţi rurale din Transilvania, 2 licee din Iaşi şi un număr mare de cantine cu profil diferit.

Anchetele alimentare, realizate prin metoda chestionării de mai multe ori pe an a persoanelor din loturile studiate şi prin prelucrarea datelor înscrise în listele de alimente ale cantinelor, au arătat o preocupare pentru diversificarea meniurilor şi o tendinţă de „urbanizare" a alimentaţiei: generalizarea consumului de pâine, care a eliminat practic mămăliga, substituirea frecventă a preparatelor culinare pregătite în bucătăria proprie cu produse realizate de industria alimentară (preparate din carne, produse de panificaţie şi de patiserie, produse zaharoase, conserve şi semiconserve etc.).

Investigaţiile au mai scos însă în evidenţă existenţa unor carenţe şi dezechilibre în alimentaţie care, prelungite în timp, pot influenţa nefavorabil starea de sănătate şi capacitatea de muncă a populaţiei.

Astfel, se observă ca fenomen aproape constant, insuficienţa laptelui şi a produselor lactate (fac excepţie adulţii din satele transilvănene la care consumul de brânzeturi, în cantităţi foarte mari, compensează parţial carenţa de lapte).

Scanned with OKEN Scanner

Frecvent deficitare au fost şi fructele, legumele proaspete de sezon, peştele, ouăle (la cantine), zahărul şi produsele zaharoase şi, mai rar, carnea şi preparatele din carne. Încercând să obţină cantităţi cât mai mari din materii prime insuficiente şi de calitate inferioară, industria cărnii a oferit populaţiei produse cu valoare nutritivă redusă: carne cu procente mari de oase, de ţesuturi colagenice sau grăsimi, mezeluri cu înlocuitori şi cu multă apă.

Pâinea şi alte derivate cerealiere, leguminoasele uscate şi grăsimile au fost consumate, în general, în cantităţi suficiente sau mai mari decât cele recomandate. *A atras atenţia, în mod deosebit, excesul de grăsimi înregistrat în localităţile rurale din Transilvania, la mina Şotânga, la fabrica textilă din Pucioasa şi la mesele gratuite acordate minerilor la intrarea în schimbul de lucru.*

Din punct de vedere caloric, în majoritatea cazurilor, alimentele consumate au acoperit nevoile energetice ale populaţiei studiate. Au fost însă şi cazuri când meniurile zilnice sau prânzurile servite la cantine au fost hipocalorice: localităţile rurale, cariera Berbeşti-Alunu, fabrica de mobilă Tg.Mureş, liceul pedagogic Iaşi.

În localităţile rurale şi în fabricile de încălţăminte şi de mobilă a existat insuficienţă de proteine. În celelalte colectivităţi, aportul s-a încadrat în limitele normale dar, de multe ori, nu s-a realizat un raport adecvat între proteinele de origine animală şi cele vegetale. Dezechilibrul a fost în dauna proteinelor animale şi s-a datorat consumului insuficient de lapte, carne, peşte, ouă.

Spre deosebire de proteine, lipidele au fost, de obicei, bine reprezentate în meniuri, conferind acestora caracteristici dislipidemiante şi aterosclerozante, aşa cum s-a recomandat la eşantioanele de la mina Şotânga, fabrica de mobilă şi la cele din localităţile rurale. La acestea a contribuit obiceiul ca micul dejun şi gustarea de la locul de muncă să fie constituite, adesea, din slănină şi preparate din carne grasă de porc.

Deşi sursele principale de glucide au fost reprezentate de alimente relativ ieftine şi mai uşor accesibile (derivate cerealiere, cartofi, leguminoase), totuşi, au apărut carenţe la această grupă de substanţe nutritive. Un consum mai mare de produse zaharoase şi de fructe ar fi corectat, probabil, acest neajuns.

Masa caldă gratuită acordată minerilor la intrarea în schimbul de lucru a acoperit mai mult de 1/3 din necesarul zilnic de calorii, proteine, lipide şi glucide pentru această categorie de muncitori, ceea ce apare suficient.

Anchetele alimentare efectuate de centrele sanitare antiepidemice în numeroase cantine având diferite profiluri au pus în evidenţă mari diferenţe între unităţi în ceea ce priveşte cantitatea şi calitatea meniurilor oferite şi existenţa unor dezechilibre între grupele de alimente. Produsele lactate, ouăle, fructele, legumele proaspete de sezon şi produsele de sezon şi produsele zaharoase apar de regulă rar şi în cantităţi reduse. A atras, de asemenea, atenţia monotonia prin repetarea la

Scanned with OKEN Scanner

intervale scurte a aceloraşi preparate culinare. Numeroasele demersuri întreprinse pe plan local şi central pentru remedierea deficienţelor nu au fost urmate de o ameliorare semnificativă a situaţiei, ceea ce a explicat, în bună măsură, adeziunea redusă a salariaţilor şi a altor consumatori la acest sistem de alimentaţie.

Investigarea stării de nutriţie s-a efectuat prin utilizarea câtorva indicatori somatometrici şi biochimici.

Măsurarea greutăţii corporale şi a taliei a arătat că numai aproximativ jumătate dintre adulţi s-au înscris în limitele normale ale ponderabilităţii (59% bărbaţi şi 41% femei). Restul au fost hiperponderali sau hipoponderali.

Depăşirea greutăţii ideale şi obezitatea au fost mult mai frecvente la femei (48%) decât la bărbaţi (19%). În schimb, în ceea ce priveşte hipoponderabilitatea, situaţia era total opusă: s-au găsit de două ori mai mulţi bărbaţi hipoponderali (22%) decât femei (10%). Dezvoltarea dizarmonică a copiilor şi tinerilor a fost considerată îngrijorătoare, 21 % dintre aceştia prezentând hipoponderabilitate, iar 15% hiperponderabilitate.

În cele 4 localităţi rurale din Transilvania şi la Fabrica de mobilă din Târgu Mureş s-au găsit mulţi hipertensivi şi dislipidemici (cu lipide totale şi colesterolemie peste valorile normale). Aceasta a putut fi corelată pozitiv cu procentul mare de hiperponderali şi cu consumul crescut de grăsimi animale în colectivităţile respective.

Anemia a reprezentat, de asemenea, o problemă, la eşantioanele din mediul rural, mai ales la copii, la femeile şi bărbaţii din Fabrica de mobilă din Târgu Mureş şi la femeile din Fabrica textilă din oraşul Pucioasa. Insuficienţa unor alimente cu efecte stimulatoare ale hematopoezei (carnea, peştele, produsele lactate, legumele şi fructele) poate fi considerată un factor care a favorizat anemia. La această situaţie a mai contribuit şi poluarea chimică a mediului ambiant şi expunerea organismului la noxe (foarte multe localităţi rurale fiind situate în apropierea unor oraşe intens populate).

3.3.1.3. Analiza nutriţiei dintr-o întreprindere de confecţii din Bucureşti (anul 1990)

În urma analizei anchetelor alimentare efectuate în anul 1990 în trei sezoane ale anului (primăvara, vara şi toamna) pe un eşantion reprezentativ de angajaţi ai Întreprinderii de confecţii şi tricotaje „Tânăra gardă" din Bucureşti (225 persoane), s-a putut afirma că alimentaţia grupului respectiv a fost diversificată. S-a consumat o gamă largă de alimente de origine animală şi vegetală, pregătite în gospodăria proprie sau provenite din comerţ, ca produse realizate de industria alimentară.

Scanned with OKEN Scanner

Investigarea obiceiurilor alimentare a scos în evidență existența unor dezechilibre mari. Astfel, consumul a fost insuficient la principalele categorii de alimente de origine animală, carne și preparate din carne, lapte, pește și ouă. Faptul a fost reflectat și de rația medie zilnică de proteine și de proteinele de origine animală. Au fost consumate, în schimb, cantități mai mari (de peste 4 ori mai mari decât rația recomandată) de proteine de origine vegetală (provenite îndeosebi din fasole).

Aportul alimentar scăzut de proteine totale s-a putut explica și prin consumul de pâine și, în special, al derivatelor cerealiere, sub nivelul recomandat.

O greșeală alimentară importantă a reprezentat-o consumul excesiv de grăsimi, îndeosebi a celor de origine animală.

Consumul de zahăr și produse zaharoase a fost scăzut, deficitul de consum creând o abatere în minus, estimată la 30% din rația zilnică medie de glucide, care, corelată și cu un consum scăzut de pâine, derivate cerealiere, fructe și legume, a condus și la un deficit cu 12,42% mai mic al rațiilor calorice zilnice medii.

Consumul scăzut de fructe și de legume a coincis cu media generală a acidului ascorbic urinar care era de 8,76 mg %, valoare reprezentând jumătate din valoarea minimă normală.

Toate aceste consumuri scăzute ale alimentelor de bază în rația zilnică au putut fi corelate cu incidența crescută a afecțiunilor cronice cu un profund impact asupra stării de nutriție. Astfel, 50% din subiecții eșantionului au prezentat cel puțin o astfel de afecțiune.

Alimentația deficitară din punctul de vedere al aportului de proteine, glucide, grăsimi de origine vegetală, elemente minerale și vitamine a condus la apariția unor sindroame carențiale complexe, traduse clinic printr-un sindrom anemic carențial și prin prezența unui număr mare de cazuri de hipocalcemie.

În ceea ce privește greutatea ponderală, procentul persoanelor hipoponderale a fost nesemnificativ (3,67%). În schimb, s-a remarcat frecvența mare a obezității la femei, în special pentru grupa de vârstă 30-39 ani, datorată dezechilibrului cronic și unor greșeli prelungite în timp în modul de alimentație, existenței unor obiceiuri alimentare nefavorabile cum ar fi consumul crescut de grăsimi de origine animală, proteine de origine vegetală și aportului total insuficient de fructe și legume precum și consumului scăzut de proteine animale.

Dezechilibrele alimentare au putut fi explicate și datorită aprovizionării scăzute, ofertei discontinue și insuficienței de produse alimentare din comerț.

Un alt factor care generează aceste dezechilibre alimentare l-a constituit venitul mic pe membru de familie, în special pentru angajatele necăsătorite pentru cele care au 2,3 sau mai mulți copii.

Scanned with OKEN Scanner

3.3.1.4. Analiza nutriţiei într-un cămin de bătrâni din Bucureşti (anul 1991)

Un alt studiu a fost efectuat în anul 1991 în două cămine de bătrâni din municipiul Bucureşti, pe eşantioane reprezentative formate din 55, respectiv 78 persoane de ambele sexe. Unul din cămine era cămin-spital. În ambele unităţi au predominat femeile (circa 3/4 din efectivul studiat).

Anamneza patologică a arătat că aproximativ jumătate din numărul de bătrâni ai fiecărui lot sufereau de două maladii cronice, peste un sfert suferea de trei maladii, iar un număr mai mic (5,4%, respectiv 6,4%) erau bolnavi suferind de patru maladii. Nu s-au găsit cazuri fără antecedente patologice.

În topul maladiilor cronice, primul loc îl deţinea cardiopatia ischemică. În cazul eşantionului de la căminul-spital, s-a remarcat numărul crescut de boli care imobilizează bolnavul la pat (hemiplegie, fractură de col femural, poliartrită cu anchiloze, cataractă bilaterală). Durata de internare a fost în general mai lungă la căminul în care bătrânii erau aparent sănătoşi, decât în căminul-spital.

La căminul Schitul Darvari, măsurătorile somatometrice, examenele hematologice şi biochimice au pus în evidenţă următoarea situaţie: normoponderalii reprezentau 43,6%, hipoponderalii -20%, hiperponderalii - 36,4%, hipertensivii - 32,7%, cei cu hemoglobină scăzută - 9,1%, cei cu hematocrit scăzut - 10,9%, cei cu hiperlipemie - 14,5%, cei cu hipercolesterolemie - 19,9%, cei cu hipertrigliceridemie - 10,8% şi cei cu hipocalcemie - 40%.

La căminul-spital s-au înregistrat următoarele procente: normoponderalii - 52,6%, hipoponderalii - 30,7%, hiperponderalii - 16,7%, hipertensivii - 26,9%, cei cu hemoglobina scăzută - 20,5%, cei cu hematocrit scăzut - 19,2%, cei cu hiperlipemie - 15,3%, cei cu hipercolesterolemie - 24,4%, cei cu hipertrigliceridemie - 12,8% şi cei cu hipocalcemie - 47,4%.

Nu au fost găsite proteinemii sub 6 g%.

Pentru cunoaşterea alimentaţiei s-a folosit metoda prelucrării datelor înscrise în listele de alimente scoase din magazie în câte 10 zile din fiecare trimestru al anului 1991.

În ambele cămine s-au consumat cantităţi insuficiente de legume şi, mai ales, de fructe, făcându-se abuz de grăsimi, derivate cerealiere şi produse zaharoase.

La căminul-spital, consumul de carne a fost deficitar, consumându-se, în schimb, mai multe ouă şi cartofi.

Meniurile au fost hipercalorice, prin exces de lipide şi de glucide. Necesarul de proteine a fost asigurat şi chiar depăşit la căminul Darvari, însă, pe o perioadă

Scanned with OKEN Scanner

de două trimestre la căminul Darvari şi, respectiv de trei trimestre la căminul-spital, s-a înregistrat un consum insuficient de proteine animale.

3.3.1.5. Studiul stării de nutriție şi al sănătății unor eşantioane de populație din mediul rural (anul 1992)

Studiul efectuat în anul 1992 într-o colectivitate rurală din comuna Gurbăneşti, județul Călăraşi, studiu efectuat pe un eşantion alcătuit din 214 persoane, a pus în evidență următoarele rezultate în ceea ce priveşte alimentația în toate cele patru trimestre ale anului. Astfel, se poate afirma că în alimentația lotului respectiv au existat greşeli şi dezechilibre alimentare.

Carnea şi produsele din carne au fost consumate în cantități insuficiente față de necesitățile recomandate. S-au consumat 71,5g/zi şi pe persoană față de necesarul recomandat (180 g).

Laptele şi produsele din lapte au fost şi ele consumate în cantități total insuficiente față de necesarul recomandat.

Cu toate că în obiceiurile alimentare ale localnicilor consumul de peşte era frecvent şi în cantitate dublă față de necesarul recomandat, iar consumul de ouă era de aproximativ două ori mai mare (70,3 g/zi față de 40 g recomandate), rația de proteine de origine animală din meniurile zilnice nu s-a putut acoperi, consumându-se cu 23% mai puține proteine animale decât necesarul recomandat.

Consumul crescut de legume, altele decât cartofii, l-a suplinit în parte pe cel de fructe, fiind cu 58% mai scăzut decât cel recomandat. Consumul de legume a suplinit în parte consumul de cartofi, fiind cu 30% mai scăzut decât necesarul recomandat.

Investigarea obiceiurilor alimentare a scos în evidență aici ca şi în celelalte studii prezentate existența unor dezechilibre alimentare. Astfel, s-au înregistrat consumuri de grăsimi alimentare cu 30% mai mari decât necesarul mediu zilnic anual (în special untură de porc), în timp ce consumul de grăsimi vegetale (untdelemn), bogate în acizi graşi nesaturați, a fost insuficient, consumându-se o cantitate cu 34% mai mică decât necesarul recomandat.

Bogăția meniurilor în grăsimi de origine animală a fost mărită şi prin consumul mare de ouă (70 g față de 40 g recomandate).

Leguminoasele uscate au fost consumate în cantități duble față de cele recomandate, consum ce a putut fi corelat cu tulburările digestive funcționale frecvente la subiecții eşantionului.

Se înregistrează un consum crescut de pâine şi de alte derivate cerealiere. Se evidențiază consumul mare de mălai, atât sub formă de mămăligă, cât şi concomitent

Scanned with OKEN Scanner

cu pâine. Raţiile calorice ale meniurilor erau acoperite, în mare parte, de aceste produse alimentare.

Nivelul caloric al raţiilor alimentare a fost relativ apropiat de cel recomandat.

Dacă în media zilnică anuală consumul de lipide a fost mai mare decât cel recomandat cu 5,5% , în schimb, el a fost dezechilibrat pe sezoane . Astfel, în lunile de iarnă s-au consumat raţii alimentare cu un conţinut de lipide cu 30% mai mare decât necesarul recomandat, în timp ce toamna consumul a fost cu 24% mai scăzut. Lipidele de origine animală au fost consumate în exces, reprezentând cu 34% mai mult decât necesarul recomandat, iar în sezonul rece cantitatea de lipide animală consumată fiind dublă faţă de necesar. Consumul de lipide de origine vegetală a fost deficitar.

Necesarul total de proteine a fost asigurat printr-un consum crescut de proteine vegetale provenite din fasole, derivate cerealiere, pâine, alte legume, dar acestea au avut o valoare nutritivă scăzută prin absenţa sau conţinutul limitativ în anumiţi aminoacizi esenţiali.

Un obicei total nociv a fost consumul permanent şi crescut de băuturi alcoolice; la majoritatea subiecţilor a existat un consum zilnic în medie de 1,4 g/kg corp pentru sexul feminin şi 2,7 g/kg corp pentru sexul masculin (vin şi băuturi distilate produse în propria gospodărie).

Prezenţa constantă a unor dezechilibre complexe, a unor abuzuri şi carenţe existente în meniurile zilnice s-a reflectat în tabloul patologic clinic şi de laborator al subiecţilor eşantionului studiat.

Astfel, dintre cei 214 subiecţi, 63 (29,4%) au fost hiperponderali, iar 78 (36,4%) erau hipoponderali. Un număr de 100 de subiecţi (46,7%) au avut valori depăşind normalul tensiunii arteriale. Un sfert din subiecţi sufereau de o formă de cardiopatie ischemică cronică, iar 15% dintre subiecţi prezentau o afecţiune digestivă.

Studiul indicilor hematologici au arătat valori scăzute ale hemoglobinei la 40% dintre subiecţi, hematocritul a fost scăzut la 30,8% dintre subiecţi, iar CHEM-ul a specificat o etiologie complexă pluricarenţială a anemiilor existente.

Au avut valori scăzute ale CHEM-ului, 110 subiecţi (51,5%).

Un număr de 119 subiecţi (55,5%) au avut valori scăzute ale proteinelor totale plasmatice şi 12% dintre subiecţi erau carenţaţi în fier.

Hipocalcemia şi valorile scăzute ale fosforului anorganic seric au fost întâlnite la 129 subiecţi (60,2%) şi respectiv 94 de subiecţi (43,9%). Subiecţii de sex feminin au fost mai afectaţi de hipocalcemie (67,2% dintre ei).

Consumul crescut de lipide de origine animală şi de alcool a făcut ca 44,4% dintre subiecţi (95 de subiecţi) să aibă valori dislipemiante ale lipidelor totale serice

Scanned with OKEN Scanner

şi 60,7% (130 subiecţi) să prezinte valori de hipercolesterolemie. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 60 şi 80 ani au fost cele mai afectate.

3.3.1.6. Studiu comparativ al nutriţiei unui eşantion de populaţie din câmpia Munteniei cu cea a unui eşantion de populaţie din Europa de vest

Studii efectuate pe eşantioane de populaţie din România (eşantioane de populaţie din câmpia Munteniei) în perioada 1991-1997 de către dr.Albu arată deosebiri mari în alimentaţie comparativ cu un eşantion de referinţă al unor subiecţi din vestul Europei.

Tabel 27

Alimentaţia zilnică/persoană dintr-un eşantion vest-european comparativ cu unul din câmpia Munteniei (cantităţi exprimate în grame)

Aliment	Eşantion vest european	Eşantion din câmpia Munteniei	Diferenţa (%)
Carne	146	88,7	60,8
Mezeluri	22,7	6,1	26,8
Peşte	36	23,5	65,3
Ouă	36	106,1	408,1
Lapte	197,4	65,6	33,3
Brânzeturi	55	30,6	55,6
Grăsimi totale	9,5	66,6	700,1
Grăsimi animale	46,1	15,2	32,8
Pâine	176	408	232,0
Derivate cerealiere	118,8	137,3	115,6
Cartofi	50,5	202,5	401,0
Alte legume	260,4	491,1	188,6
Leguminoase	5,1	49,7	974,5
Fructe	272	69,3	25,5
Zahăr şi produse zaharoase	85,5	39,1	45,7

Scanned with OKEN Scanner

Structura comparativă pe sorturi de carne a consumului mediu la cele două eşantioane reprezentative este:

Tabel 28

Sortiment de carne	Cantitate consumată în eşantionul vest-european (g/zi)	Cantitate consumată în câmpia Munteniei (g/zi)
Carne de pasăre	37,9	36,4
Carne de porc	7,4	33,0
Carne de vită	80,3	8,4
Carne de oaie	5,9	5,0

Alimentaţia subiecţilor din eşantionul vest-european se deosebeşte, în linii generale, de cea a subiecţilor din eşantionul din câmpia Munteniei, atât din punct de vedere cantitativ, în special *pentru grupele de alimente valoroase din punct de vedere nutritiv, cât şi din punctul de vedere al diversităţii*.

Consumul de principii nutritive (nutrienţi) scoate la vedere în mod convingător marile diferenţe de hrană între cele două eşantioane, aşa cum reiese din tabelul 29.

Tabel 29

Cantităţile de nutrienţi (g/zi/persoană) şi diferenţele procentuale ale aportului la subiecţii celor două eşantioane

Principiul nutritiv	Eşantion vest-european		Eşantion câmpia Munteniei		Diferenţa %
	Cantitate (g/zi)	% din energie	Cantitate (g/zi)	% din energie	
Proteine totale	97,8	14,4	112,7	14,1	115,2
Proteine animale	59,7	8,8	39,3	4,8	65,9
Proteine vegetale	38,1	5,6	73,4	9,3	192,7
Lipide totale	108,1	35,9	109,8	33,9	101,6
Lipide animale	53,6	17,8	89,3	27,8	166,6
Lipide vegetale	54,5	18,1	20,5	6,1	37,6
Glucide	325,6	45,1	401,2	52,0	123,2
Calorii	2 709	100	3 128,2	100	115,5
Alcool	125 g	4,6	218,8 g	-	-

Scanned with OKEN Scanner

Acest tabel este sugestiv pentru consumul exagerat de proteine vegetale (65,13%) din cantitatea de proteine totale, de grăsimi animale (68,7% din cantitatea totală de grăsimi) în defavoarea grăsimilor nesaturate şi pentru cantitatea mare de alcool pe care o consumă cetăţenii din câmpia Munteniei (218,8 g /persoană/zi).

În câmpia Munteniei (comunicare dr. A. Albu, 1998) la următoarele categorii de alimente consumul era deficitar: carne zilnic (- 50,7% mai puţin decât cantitatea recomandată), peşte (-6,0%), lapte (-81,3%), brânzeturi (-23,5%), grăsimi animale (-39,2%), pâine (-3,9%), fructe (-56,7%) şi zahăr (-39,9%). În schimb, se consumă peste cantitatea recomandată: ouă (+165,2%), grăsimi totale (+63,6%), derivate cerealiere, în special mămăligă (+83,1%), leguminoase uscate (+231,3%), sare (+120%).

* *
*

Din anchetele efectuate de dr. A. Albu pe grupe de populaţii reprezentative în perioada 1991-1997 reiese consumul de alcool de-a dreptul îngrijorător din mediul rural, care diferă cu mult faţă de consumul comunicat de Comisia Naţională de Statistică în anul 1989.

Datele verificate ale colectivului condus de dr. A.Albu pe eşantioane reprezentative de populaţie, în ceea ce priveşte consumul de alcool (cantităţi exprimate în grame de alcool pur zilnic/persoană) sunt următoarele: 73 g (+192% abatere de la cantitatea maximă admisă) - câmpia Munteniei; 184,6 g (+638%), - jud.Braşov; 66,9 g (+167,6%) - jud.Mehedinţi; 38,6 g (+55,6%)- jud. Constanţa; 173,5 g (+594 %) - jud.Vrancea şi 40,6 g (+62,4%) în Bucureşti.

Ţinem să precizăm că un consum benefic de alcool este între 10 şi 30 g alcool pe zi, acesta având proprietatea de a creşte nivelul HDL (*high density lipoproteins*). Cantitatea consumată de alcool care depăşeşte cantitatea recomandată este dăunătoare organismului.

* *
*

Indicatorii de laborator investigaţi pe eşantionul din câmpia Munteniei pun în evidenţă o serie de factori negativi :

- stare hiperponderală (obezitate) la 39,1% din subiecţii adulţi cercetaţi (raport talie/şold şi I.M.C. supraunitar);
- hipertensiune arterială (TA peste 14/9) la 38,6% din subiecţii cercetaţi;

Scanned with OKEN Scanner

- valori modificate ale Hb la 43,0%; hematocrit modificat la 23,7%; proteinemie modificată la 42,0%; lipidemie modificată la 43,0%. S-a constatat că la 50,9% din populaţia cercetată colesterolemia era crescută.

Cele mai mari valori ale mortalităţii pe ţară prin boli cardiovasculare se întâlnesc în anul 1998 în trei judeţe cercetate: Teleorman (1273‰), Giurgiu (1051‰) şi Ialomiţa (873‰). Ceea ce este important de semnalat în toate judeţele cercetate (13 judeţe din Muntenia şi Oltenia) este că predomină mortalitatea prin accidente cardiovasculare, care au la origine în cea mai mare parte a cazurilor hipertensiunea arterială (vezi partea a III-a, cap.2, tabel 11).

În tabelul următor redăm recomandările F.A.O./O.M.S. în ceea ce priveşte alimentaţia pentru prevenirea bolilor cronice.

Tabel 30

Recomandări ale F.A.O./O.M.S. în ceea ce priveşte consumul de principii nutritive (nutrienţi) pentru prevenirea bolilor cronice (după Diet and Health 1989) *

Alimentul sau nutrientul	Limita inferioară	Limita superioară
1. *grăsimi totale*	15% din energie	30% din energie
grăsimi saturate	0% din energie	10% din energie
grăsimi nesaturate	3% din energie	7 % din energie
colesterol din alimente	0 mg/zi	300 mg/zi
2. *Hidraţi de carbon total*	55% din energie	75% din energie
Hidraţi de carbon complecşi (polizaharide)	50% din energie	70% din energie
Fibre alimentare	16 g/zi	24 g/zi
Zahăr rafinat	0% din energie	10% din energie
3. Proteine	10% din energie	15 % din energie
Sare	nedefinită	6 g/zi

Energia totală recomandată reprezintă aportul de energie necesar creşterii normale în copilărie, nevoilor maternităţii, muncii şi activităţilor fizice şi pentru menţinerea unei rezerve de energie (peste 250 mg %). În medie, populaţia adultă ar trebui să aibă un I.M.C. de 20-22 kg/m^2 la aceste cantităţi.

* Citat de dr.Albu.

Scanned with OKEN Scanner

3.4. Analiza alimentației populației din România în anii 1997-1998

Astfel, în anii 1997-1998 asistăm pentru prima dată la o scădere drastică a consumului de calorii zilnice pe cap de locuitor (2 586 calorii în anul 1997 şi 2 624 calorii în anul 1998), scădere ce continuă şi în anul 1999 şi care este datorată diminuării posibilităţilor financiare a cetăţenilor (se produce şi o deteriorare profundă a structurii componentelor în principii nutritive).

De fapt, excluzând pâinea şi produsele cerealiere, zahăr, grăsimile şi leguminoasele toate celelalte grupe alimentare sunt sub valoarea recomandată, fapt ce a diminuat şi valoarea cantitativă şi calitativă a alimentaţiei.

Consumul de carne şi preparate din carne scade în perioada 1997-1998 de la 61,6% la circa 60% din cantitatea recomandată (respectiv 77,5 g carne zilnic în anul 1997 şi 76,2 g în anul 1998, iar la preparatele din carne 30 g în perioada anilor 1997-1998). Aceste cifre corespund unui consum mediu anual de 42 kg carne pe cap de locuitor.

*

Şi în anul 1999 se menţine în România acelaşi consum scăzut de carne şi de produse din carne: 117 g/cap locuitor/zi, respectiv 42,72 kg carne şi produse din carne/ cap locuitor/an. Este cea mai scăzută valoare a consumului de carne/cap locuitor din cadrul CEFTA: în Polonia consumul este de 179 g/cap locuitor/zi (65,4 kg/an); în Ungaria - 161 g/cap locuitor/zi (58,56 kg/an); în Cehia - 160 g/ cap locuitor/zi (58,44 kg/an); în Slovacia - 151 g/cap locuitor/zi (55,08 kg/an).

*

Este de reţinut că cea mai mare cantitate consumată se întâlneşte în gospodăriile de patroni (4,6 kg lunar/persoană în anul 1998 şi 4,7 kg pe an în anul 1997, ceea ce reprezintă 151 g pe zi în anul 1998 şi 155 g pe zi în anul 1997). Cea mai mică cantitate de carne consumată este în gospodăriile de şomeri, unde consumul a fost de 2,9 kg lunar, în anul 1997, respectiv 97 g carne şi preparate din zilnic. În anul 1998 consumul mediu de carne şi preparate din carne /locuitor/an era de 2,8 kg adică 94 g/zi/locuitor.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 31

Consum mediu alimentar zilnic (g/cap locuitor) în anii 1997-1998

Produs alimentar	Anul	
	1997	1998
calorii	*2586*	*2624*
Carne	77,5	76,2
Preparate din carne	30	30,5
Peşte	8,4	10
Lapte	184	170
Brânză	34,5	35
Grăsimi total	43	45,2
Ulei	27	29
Margarină	5	6,5
Unt	1,2	0,9
Ouă (g)	23	24
Pâine	330	328
Făină	33	35,5
Mălai	67	66
Paste făinoase	7,2	8
Orez	14,5	15,5
Cartofi	148	143
Legume	237	248
Leguminoase	70	72
Fructe	70	73
Zahăr	29,7	30,6

Tabel 32

Consum mediu alimentar pe an (kg/cap locuitor) în anii 1997-1998

Produs alimentar	Anul	
	1997	1998
0	1	2
Carne	28,3	27,8
Preparate din carne	11	11,2
Peşte	3	3,67

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2
Lapte	67,1	66,2
Brânză	12,61	12,8
Grăsimi total	15,7	16,5
Ulei	9,9	10,5
Margarină	1,86	2,37
Unt	0,43	0,27
Ouă (buc.)	169 buc.	175 buc.
Pâine	120,2	120
Făină	12	13
Mălai	24,4	24
Paste făinoase	2,6	2,9
Orez	5,3	5,6
Cartofi	54	52
Legume	86,5	90,6
Leguminoase	8,24	8,35
Fructe	25,6	26,5
Zahăr	10,8	11,2

Tabel 33

Consumul alimentar în mediul urban şi rural pe locuitor/an în anul 1998
-situaţie la nivel de ţară -

Produs	Mediu		Medie
	urban	rural	
0	1	2	3
Calorii	2 512	2 726	2 624
Carne proaspătă - total kg. din care:	30,79	25,10	27,81
- carne bovine	3,99	2,31	3,12
- carne porcine	13,6	8,26	11,04
- carne pasăre	11,56	11,88	11,72
Produse carne (kg)	10,84	11,41	11
Peşte (kg)	3,68	3,68	3,68
Lapte proaspăt total (l)	63,96	80,84	71,5

Scanned with OKEN Scanner

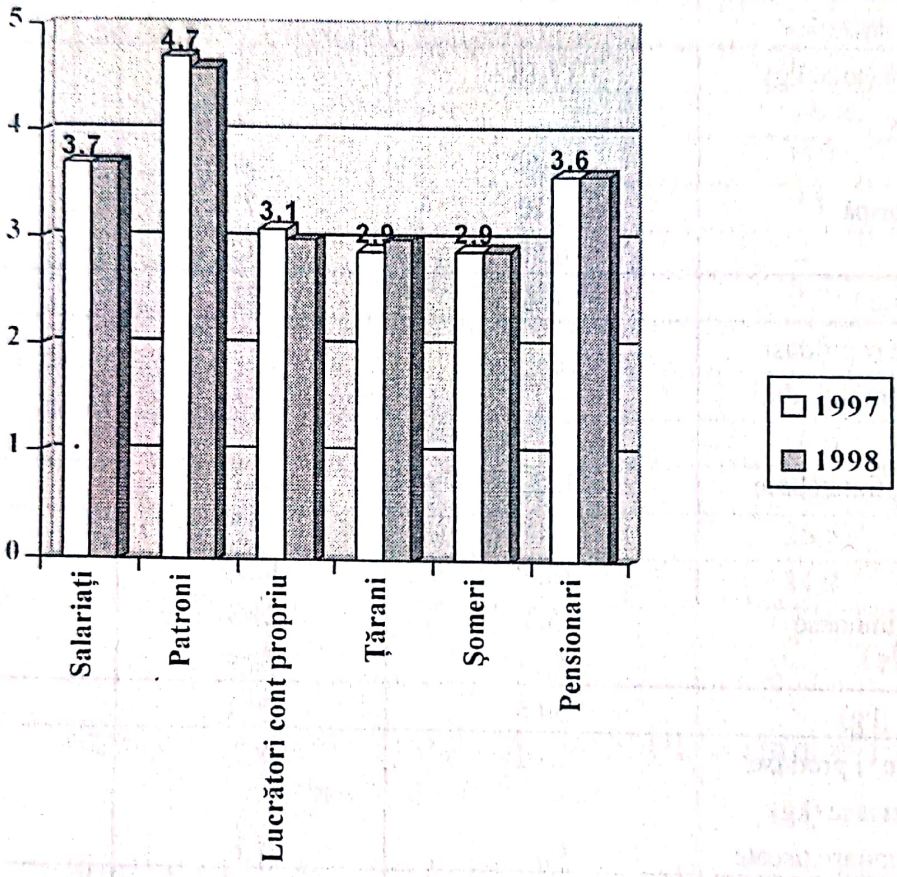
0	1	2	3
Brânzeturi (kg)	12,46	13,11	12,8
- telemea vacă	4,52	4,50	4,5
- telemea oaie	3	2,94	3,0
- brânză proaspătă de vacă şi smântână	3,76	5,42	4,64
Grăsimi (total kg)	17,18	15,88	16,5
din care:			
- ulei	11,62	9,6	10,56
- margarină	3,10	1,71	2,37
- unt	0,55	0,12	0,32
Ouă (buc.)	180	172	176
Cereale şi produse cerealiere (kg) din care:			
- pâine, franzelărie	122,5	117	119,8
- făină	11,55	14,3	12,97
- mălai	10,65	36,37	24,12
- paste făinoase	3,3	2,48	2,88
- orez	5,37	5,89	5,65
Cartofi (kg)	54,5	50,1	52
Legume şi produse leguminoase (kg)	93,2	88,27	90,6
Leguminoase uscate	6,72	9,8	8,35
Fructe (kg)	31	22,34	26,5
Zahăr (kg)	11,9	10,54	11,18
Băuturi alcoolice (total l)	19,58	37,46	27,64
- vin	10,2	26,37	18,67
- bere	6,42	4,6	5,47
- ţuică şi rachiuri naturale	2,06	5,38	3,8
Băuturi nealcoolice	20,32	7,3	13,5

Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1998.

Scanned with OKEN Scanner

Grafic 1

Consumul de carne şi preparate din carne
- medii lunare pe o persoană care s-a alimentat în perioada anilor 1997-1998



Consumul de lapte şi brânzeturi pe cap de locuitor/zi, în anii 1997-1998 a fost, de asemeni, mult scăzut, reprezentând 68% respectiv 67% din cantitatea de lapte recomandată (440 ml/zi).

Consumul de ouă a fost sub limita recomandată de 35 g/zi, situându-se la 66%, respectiv la 69% din valoarea recomandată (25 g pe zi = 180 de ouă pe an).

Cantitatea de grăsimi consumate a fost în limita recomandată: 15,8 kg în anul 1997 (43 g/zi din care 27 g ulei) şi 16,5 kg în 1998 (45,2 g/zi din care ulei 29 g zilnic).

Cantitatea de unt consumată în anul 1997 a fost 0,036 kg lunar (1,2 g pe zi) şi 0,027 kg lunar (respectiv 0,87 g pe zi).

Scanned with OKEN Scanner

Consumul de pâine şi produse de franzelărie a fost în anul 1997 de 10,017 kg lunar (120 kg anual sau 330 g pe zi), iar în anul 1998 a fost de 9,980 kg pe lună (119,5 kg pe an sau 328 g pe zi). În anul 1998 consumul de pâine a variat între 10,3 kg lunar la pensionari (338 g/zi) şi 9,1 kg la ţărani (300 g/zi).

Consumul redus de pâine la ţărani a fost compensat în anii 1997 şi 1998 de un consum crescut de mălai (3,616 kg respectiv 3,612 kg/lună ceea ce reprezenta 118 g/zi).

Consumul de legume şi conserve de legume, în echivalentul legume proaspete, a fost de 7,209 kg/lună în anul 1997 (237 g/zi) şi 7 553 kg/lună în anul 1998 (248 g/zi). Consumul de legume recomandate variază în jurul valorii de 350g/zi. Insuficienţa legumelor pune sub semnul întrebării posibilitatea asigurării necesarului de vitamina C, caroten, elemente minerale, precum şi diversificarea meniurilor şi evitarea monotoniei alimentare (în anul 1968 s-a consumat numai 68% din cantitatea recomandată, iar în anul 1998 numai 71%). Consumul de cartofi a fost de 52 kg pe an (142 g/zi faţă de 190 g recomandate).

Consumul de leguminoase boabe (la noi în alimentaţie se foloseşte în mod tradiţional fasolea uscată boabe) a fost în anul 1997 de 8,24 kg/persoană/an (respectiv 0,687 kg/lună şi 22,5 g/zi), iar în anul 1998 de 8,35 kg/persoană/an (respectiv 0,696 kg/lună sau 22,9 g/zi/persoană). Depăşirea cantităţilor prescrise cu 226%, în anul 1997, şi cu 229%, în anul 1998, scoate în evidenţă sărăcia populaţiei. Recomandarea optimă variază între 8 şi 12 g/zi (în medie 10 g/zi/cap locuitor). Media anuală de 22,5 g şi 22,9 g/persoană/zi, în anii 1997 şi 1998, depăşeşte cu mult raţia considerată normală. Ciorba şi iahnia de fasole au figurat, ca şi în perioada 1979-1984, în meniul copiilor de 1-6 ani (13-14 g/zi), fiind greu suportate de aceştia. Nivelul maxim s-a atins în mediul rural, la ţărani (10,5 kg/persoană/an, respectiv 28,8 g/zi în anul 1997 şi 10,58 kg/persoană/an (29 g/zi) în anul 1998).

Recalculând pentru mediul rural depăşirea faţă de recomandările optime, aceasta este de 288%-290%.

Consumul de fructe, deşi suntem o ţară cu o cultură pomicolă dezvoltată, este mult scăzut. Media anuală pe întreaga ţară este de 25,65 kg/cap locuitor (respectiv 70 g/zi) în anul 1997 şi de 26,5 kg /cap de locuitor în anul 1998 (respectiv 72,6 g/persoană/zi). Comparând cu anii 1974-1984, când media calculată pe întreaga ţară era de 85,4 g/persoană/zi, observăm că valorile sunt cu mult mai mici decât cele recomandate (200-250 g/zi/cap locuitor ceea ce corespunde la 73-91 kg/an/cap locuitor).

Nivelul maxim al consumului de fructe (3,213 kg/persoană/lună, respectiv 106 g/zi/persoană în anul 1997 şi 3,499 kg/persoană/lună, respectiv 115 g/zi în anul 1998) se întâlneşte tot în gospodăriile de patroni. Cea mai săracă alimentaţie în fructe în anii 1997 şi 1998 se întâlneşte la şomeri (57 g/zi/persoană) şi ţărani (54 g/persoană/zi).

Scanned with OKEN Scanner

Consumul de fructe pe plan național este de numai 35% (1997) și 36% (1998) din cantitatea de fructe necesară în alimentație. Aceasta reprezintă lipsuri mari de vitamine (vitamina E și săruri minerale în alimentație).

Preponderența în consumul alimentar o au produsele de origine vegetală (în special produsele cerealiere, leguminoasele) și grăsimile de origine animală. Este, de fapt, un consum alimentar de subzistență, caracteristic unei populații sărace.

Consumul de alcool a crescut mult în România ultimilor ani.

Astfel, în anii 1997 și 1998 cantitatea de băuturi alcoolice era în medie de 29 l, compusă din vin (19,8 l), bere (4,5 l) și țuică (4 l), ce reprezintă circa 80 ml zilnic/cap locuitor (ceea ce corespunde unei cantități de 12-13 ml alcool/zi).

3.4.1. Analiza alimentației în funcție de mediul de viață (mediul urban și mediul rural)

Consumul alimentar este diferențiat în mediul rural față de cel din mediul urban.

În mediul rural se consumă în medie 69 g carne/zi și 31 g produse din carne/zi față de 77 g carne și 30 g preparate din carne cât se consumă în mediul urban. Aceste cantități sunt cu mult sub limita normalului.

Laptele consumat zilnic furnizează 221 calorii din necesarul caloric zilnic al celor din mediul rural (echivalent cu 81 l lapte/an), iar cantitatea de brânzeturi consumate zilnic este, în medie, de 36 g zilnic (echivalent cu 13,1 kg brânză/an). În mediul urban, laptele consumat zilnic furnizează 175 calorii din necesarul caloric zilnic iar cantitatea de brânzeturi consumate zilnic este de 34 g (echivalând cu 130 l lapte/an, care este totuși inferioară recomandărilor de 1611 lapte/an de persoană).

Consumul de pâine, care este inferior în mediul rural, este suplinit de consumul crescut de mălai (36,37 kg/an față de 10,65 kg, în mediul urban). Consumul de paste făinoase, orez rămâne sensibil asemănător.

În ceea ce privește consumul de cartofi, acesta era, în mediul rural, de 50 kg/an față de 54,5 kg/an în mediul urban iar în ceea ce privește cantitatea de zahăr, aceasta era de 10,5 kg ,în mediul rural, față de 11,9 kg în mediul urban.

Cantitatea de băuturi alcoolice este mult crescută în mediul rural comparativ cu cea din mediul urban (37,5 l față de 19,5 l în mediul urban), fapt datorat mediului de viață lipsit de perspective favorabile pentru țărani.

Analiza structurii calitative a alimentației după natura caloriilor componente, subliniază consumul exagerat de calorii vegetale.

Scanned with OKEN Scanner

Din totalul de calorii (2 624 calorii), 2 066 calorii sunt de origine vegetală (78,7%), iar 569 calorii sunt de origine animală (21,3%), recomandările fiind de 40-50% calorii de origine animală şi 50-60% de origine vegetală.

Proteinele totale (83 g reprezentând 12,64% din valoarea calorică) sunt compuse, în proporţie de 61%, din proteine vegetale şi 39% din proteine animale (39%), optimul fiind 50% din fiecare tip de proteine.

Lipidele (83,32 g) reprezintă 29% din valoarea calorică şi participă la structura caloriilor în următoarele proporţii: 52% lipide vegetale şi 48% lipide animale

Recomandarea nutriţională la adulţi este ca 2/3 din lipide să fie vegetale şi 1/3 să fie de origine animală (40%). La copii, raportul între lipidele vegetale şi cele animale recomandat este invers.

Glucidele (384 g) (58,9% din valoarea calorică totală) provin în majoritate din cereale, cantitatea de zahăr consumată în anii 1997 şi 1998 fiind în medie de 11 kg faţă de 22 kg cât se recomandă.

Tabel 34

Consumul alimentar al populaţiei din România în anul 1998
- exprimat în calorii şi principii nutritive -

Structura calorică	Cantitate (g)/zi	Calorii din structura alimentaţiei	% din valoarea calorică
Total calorii din care:	*2 624*		*100*
- calorii de origine vegetală	2 066		78,73
- calorii de origine animală	558		21,27
Total proteine din care:	83	332	12,6
- proteine de origine vegetală (g)	50,6	202	61
- proteine de origine animală (g)	32,4	130	39
Total lipide din care:	83,1	745	28,4
- lipide de origine vegetală (52% din structura lor)	42,6	384	51,5
- lipide de origine animală (48% din structura lor)	40,05	366	48,5
Total glucide	384		59

Scanned with OKEN Scanner

Analiza alimentației populației în funcție de media de viață în mediul urban și rural

Consumul alimentar, exprimat în calorii și factori nutritivi, se prezintă în anul 1998 profund dezechilibrat.

În mediul urban (2 512 calorii zi/persoană) structura calorică este provenită, în proporție de 79,21%, din alimente vegetale și numai 20,79% din alimente de origine animală.

În mediul rural, la o valoare calorică de 2 726 calorii/persoană/zi, se menține o structură asemănătoare (78,31% de origine vegetală și 21,69% de origine vegetală). Originea vegetală a caloriilor reprezintă o sursă ieftină de energie, datorită sărăciei populației. Originea vegetală (predominant cerealieră) a caloriilor nu satisface nevoile vitale ale organismului (tabel 35).

Tabel 35

Consumul alimentar al populației din mediul urban și mediul rural din România în anul 1998
- exprimat în calorii și principii nutritive -

Structura calorică	Cantitate (g)/zi		% din valoarea calorică	
	Mediu urban	Mediu rural	Mediu urban	Mediu rural
Total calorii din care:	2 512	2 726	100	100
- calorii de origine vegetală	1 990	2 135	79,21	78,31
- calorii de origine animală	522	591	20,79	21,69
Total proteine din care:	78,8	86,9	12,54	12,75
- proteine de origine vegetală (g)	46,7	54,1	59,26	62,25
- proteine de origine animală (g)	32,1	32	40,74	37,75
Total lipide din care:	84,5	81,9	30,27	27,03
- lipide de origine vegetală	46,9	38,9	55,5	47,49
- lipide de origine animală	37,6	43	44,5	52,51
Total glucide	359	413,5	57,16	60,52

Faptul că în mediul rural se consumă din ce în ce mai multă mămăligă (3,6 kg/cap de locuitor/lună față de 1,6 kg pe total locuitori) fără a fi suplinită carența de vitamină PP cu proteinele animale necesare, pune în pericol sănătatea țăranului și îl predispune la boli precum pelagra sau alte avitaminoze.

Scanned with OKEN Scanner

Cantitatea în g proteine totale, în mediul urban (78,8 g/zi, respectiv 12,54% din valoarea calorică), este suficientă, din punct de vedere cantitativ, dar este necorespunzătoare, din punct de vedere calitativ: 46,7 g proteine, respectiv 60% sunt de origine vegetală şi numai 32 g sunt de origine animală. Lipsa de proteine animale scade rezistenţa organismului şi îl predispune inclusiv la boli cardiovasculare.

Cantitatea de lipide (84,5 g/zi) reprezintă 30,27% din valoarea calorică totală: 55,5% din cantitatea de lipide este de origine vegetală şi 44,5% este de origine animală. În principiu grăsimile ar trebui să fie, în ceea ce priveşte originea lor, între 50-60% de origine animală şi între 40-50% de origine vegetală.

Glucidele (359 g/zi) reprezintă 58% din valoarea calorică totală. Ele provin în mod deosebit din cereale, cartofi şi leguminoase.

Alimentaţia în mediul rural, caracterizată printr-o valoare calorică de 2 726 kcal, este scăzută comparativ cu cea din perioada anilor 1990-1996 şi asemănătoare cu cea din anul 1997. Alimentaţia din mediul rural este caracterizată prin dezechilibrul componentelor caloriilor: 78,31% sunt calorii de origine vegetală (2 135 calorii) şi 21,69% sunt calorii de origine animală (591 calorii).

Cantitatea totală de proteine (86,9 g), suficiente din punct de vedere cantitativ, prezintă însă o insuficienţă calitativă: 54,1 g (respectiv 63%) sunt de origine vegetală şi 32 g (respectiv 38%) sunt de origine animală. Deci proteinele au o structură necorespunzătoare, care subliniază nu numai alterarea profundă a raportului proteine animale/proteine vegetale (în mod normal raportul fiind de 50/50%), dar şi predispoziţia la alterarea stării de sănătate a populaţiei din acest mediu: dezvoltarea fizică şi psihică este perturbată, apare predispoziţia la boli curente şi cronice. Pericolul apariţiei bolilor de nutriţie, consecinţă a carenţelor alimentare, este pregnant, mai ales la o populaţie cu o rezistenţă fizică scăzută, datorată unor dezechilibre alimentare îndelungate (surplusul de fasole albă şi mălai nu poate remedia această situaţie). Anemia, frecventă la bărbaţii vârstnici şi la femeile între 30-40 ani, este o mărturie a acestei disalimentaţii.

Conţinutul în lipide al raţiei alimentare din mediul rural (81,9 g, respectiv 27% din valoarea calorică globală), din care 43 g sunt de origine animală, este acceptabilă (cantitatea recomandată fiind de 41 g).

Cantitatea de glucide (413,5 g, respectiv 60,5% din valoarea calorică) reprezintă o valoare crescută a glucidelor din alimentaţie (cereale). Prezenţa glucidelor ieftine în alimentaţie este explicabilă datorită sărăciei populaţiei. Restrângerea calorică globală mărturiseşte acelaşi lucru. Scăderea brutală a consumului de zahăr din alimentaţia ţăranului (10,5 kg an/persoană faţă de 22 kg cât este indicat), ca şi scăderea consumului de fructe şi înlocuirea lor cu

Scanned with OKEN Scanner

Cantitatea în g proteine totale, în mediul urban (78,8 g/zi, respectiv 12,54% din valoarea calorică), este suficientă, din punct de vedere cantitativ, dar este necorespunzătoare, din punct de vedere calitativ: 46,7 g proteine, respectiv 60% sunt de origine vegetală şi numai 32 g sunt de origine animală. Lipsa de proteine animale scade rezistenţa organismului şi îl predispune inclusiv la boli cardiovasculare.

Cantitatea de lipide (84,5 g/zi) reprezintă 30,27% din valoarea calorică totală: 55,5% din cantitatea de lipide este de origine vegetală şi 44,5% este de origine animală. În principiu grăsimile ar trebui să fie, în ceea ce priveşte originea lor, între 50-60% de origine animală şi între 40-50% de origine vegetală.

Glucidele (359 g/zi) reprezintă 58% din valoarea calorică totală. Ele provin în mod deosebit din cereale, cartofi şi leguminoase.

Alimentaţia în mediul rural, caracterizată printr-o valoare calorică de 2 726 kcal, este scăzută comparativ cu cea din perioada anilor 1990-1996 şi asemănătoare cu cea din anul 1997. Alimentaţia din mediul rural este caracterizată prin dezechilibrul componentelor caloriilor: 78,31% sunt calorii de origine vegetală (2 135 calorii) şi 21,69% sunt calorii de origine animală (591 calorii).

Cantitatea totală de proteine (86,9 g), suficiente din punct de vedere cantitativ, prezintă însă o insuficienţă calitativă: 54,1 g (respectiv 63%) sunt de origine vegetală şi 32 g (respectiv 38%) sunt de origine animală. Deci proteinele au o structură necorespunzătoare, care subliniază nu numai alterarea profundă a raportului proteine animale/proteine vegetale (în mod normal raportul fiind de 50/50%), dar şi predispoziţia la alterarea stării de sănătate a populaţiei din acest mediu: dezvoltarea fizică şi psihică este perturbată, apare predispoziţia la boli curente şi cronice. Pericolul apariţiei bolilor de nutriţie, consecinţă a carenţelor alimentare, este pregnant, mai ales la o populaţie cu o rezistenţă fizică scăzută, datorată unor dezechilibre alimentare îndelungate (surplusul de fasole albă şi mălai nu poate remedia această situaţie). Anemia, frecventă la bărbaţii vârstnici şi la femeile între 30-40 ani, este o mărturie a acestei disalimentaţii.

Conţinutul în lipide al raţiei alimentare din mediul rural (81,9 g, respectiv 27% din valoarea calorică globală), din care 43 g sunt de origine animală, este acceptabilă (cantitatea recomandată fiind de 41 g).

Cantitatea de glucide (413,5 g, respectiv 60,5% din valoarea calorică) reprezintă o valoare crescută a glucidelor din alimentaţie (cereale). Prezenţa glucidelor ieftine în alimentaţie este explicabilă datorită sărăciei populaţiei. Restrângerea calorică globală mărturiseşte acelaşi lucru. Scăderea brutală a consumului de zahăr din alimentaţia ţăranului (10,5 kg an/persoană faţă de 22 kg cât este indicat), ca şi scăderea consumului de fructe şi înlocuirea lor cu

Scanned with OKEN Scanner

leguminoase, mălai, nu este benefică pentru populația rurală, în special pentru cea expusă la factori de risc: copii, vârstnici şi bolnavi.

În tabelul 37 se observă că deteriorarea structurii alimentației din perioada 1997-1998 este accentuată la familiile de lucrători particulari, şomeri, majoritatea salariaților. Singurii care prezintă un raport acceptabil, echilibrat nutrițional, sunt familiile de patroni.

Ponderea aportului caloric al principalelor alimente consumate în anii 1997-1998 este exprimată în tabelul 36.

Situația exprimată în tabelul următor ne ajută să diferențiem clasele care sunt defavorizate de dezechilibrul nutrițional.

Tabel 36

Consumul alimentar exprimat în calorii şi factori nutritivi pe categorii de locuitori (gospodării)

Structura calorică	Anii	Total gospodării	Gospodării de:					
			Salariați	Patroni	Lucrători pe cont propriu în activități agricole	Țărani	Şomeri	Pensionari
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Total calorii din care:	1997	2 586	2 457	2 681	2 326	2 549	2 287	2 802
	1998	2 624	2 485	2 626	2 372	2 598	2 353	2 836
- de origine vegetală	1997	2 017	1 915	2 040	1 824	1 976	1 816	2 186
	1998	2 066	1 954	2 014	1 910	2 038	1 884	2 229
- de origine animală	1997	569	542	641	502	573	471	616
	1998	520	531	612	462	560	469	607
Total proteine din care:	1997	82,4	77,9	86,3	73,1	82,7	72,2	89,5
	1998	83	78,1	82,4	73,8	83,7	74	90,1
- de origine vegetală	1997	50,1	46,5	47,5	46,0	52,1	46,3	54,6
	1998	50,6	46,5	44,6	47,4	53,1	47,5	54,9
- de origine animală	1997	32,3	31,4	38,8	27,1	30,6	25,9	34,9
	1998	32,4	31,6	37,8	26,4	30,6	26,5	35,2

Sursa: Comisia Națională de Statistică, octombrie 1999

Scanned with OKEN Scanner

Tabel 37

Ponderea aportului caloric al principalelor produse alimentare consumate, pe categorii de gospodării -procente

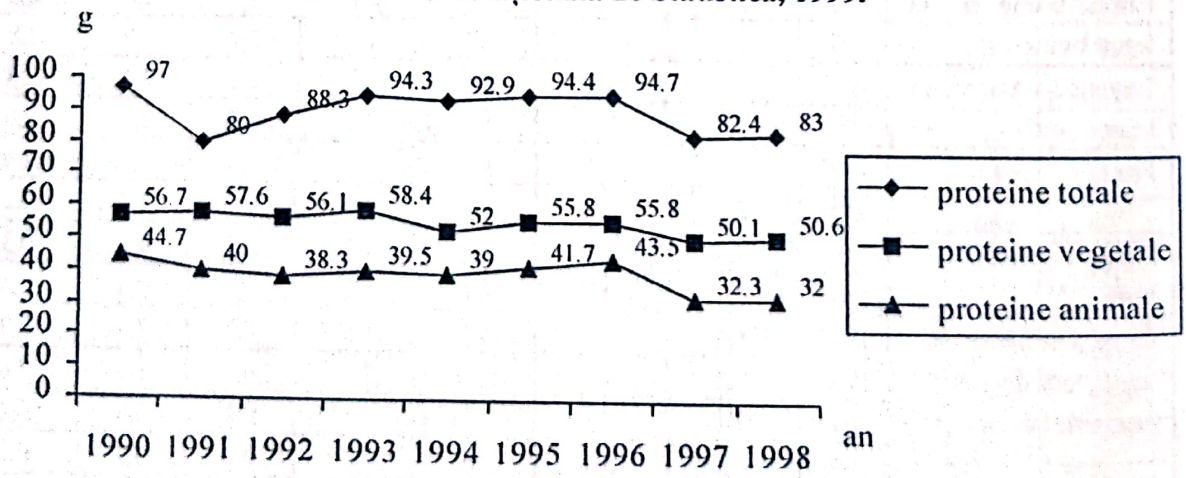
Produsul	Anii	Total gospodării	Gospodării de:					
			Salariaţi	Patroni	Lucrători pe cont propriu în activităţi agricole	Ţărani	Şomeri	Pensionari
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Total calorii	1997	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
din care provenite din:	1998	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cereale şi produse din	1997	46,2	44,9	41,6	47,5	49,7	48,6	46,4
cereale, total din care:	1998	46,0	44,3	39,6	48,2	50,0	48,6	46,1
- pâine şi produse de	1997	28,4	30,2	27,5	28,5	25,6	28,9	27,1
franzelărie	1998	27,9	29,5	26,1	29,0	25,5	29,4	26,7
- făină	1997	4,5	4,3	5,0	4,5	4,3	4,1	4,8
	1998	4,8	4,5	4,5	4,5	4,7	4,5	5,1
- mălai	1997	9,1	6,0	4,5	10,1	16,4	11,5	10,3
	1998	9,8	5,6	4,0	10,0	16,1	10,2	9,8
cartofi	1997	4,1	4,2	3,9	4,4	3,8	4,6	4,1
	1998	3,9	4,1	3,9	4,3	3,5	4,3	3,8
Fasole boabe şi alte	1997	2,6	2,3	1,9	2,7	3,4	3,0	2,8
leguminoase	1998	2,6	2,2	1,7	2,7	3,4	3,0	2,8
Legume şi conserve din	1997	2,4	2,4	2,5	2,2	2,2	2,2	2,5
legume total	1998	2,5	2,6	2,7	2,3	2,3	2,3	2,6
Fructe şi pepeni	1997	2,2	2,4	3,2	2,1	1,7	1,9	2,1
	1998	2,2	2,5	3,6	2,0	1,7	1,9	2,2
Peşte şi produse din	1997	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
peşte	1998	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Carne şi preparate din	1997	8,4	9,3	11,1	8,2	6,8	7,9	7,7
carne, total din care:	1998	8,2	9,2	11,0	7,8	6,7	7,5	7,6
- carne de bovine	1997	0,4	0,5	0,8	0,4	0,2	0,3	0,4
	1998	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3
- carne de porcine	1997	2,6	3,1	3,7	2,5	1,6	2,6	2,2
	1998	2,3	2,9	3,9	2,2	1,5	2,2	2,0
- carne de pasăre	1997	1,5	1,4	1,5	1,2	1,4	1,2	1,5
	1998	1,6	1,6	1,7	1,4	1,5	1,3	1,7
- salamuri, cârnaţi	1997	2,1	2,7	3,3	2,1	1,2	2,0	1,8
	1998	2,2	2,8	3,1	2,2	1,3	2,0	1,9

Scanned with OKEN Scanner

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Grăsimi, total din care:	1997	15,1	15,5	15,0	15,2	13,4	14,8	15,2
	1998	15,6	16,0	15,6	15,6	13,7	15,5	15,6
- ulei comestibil	1997	9,8	10,3	10,1	9,2	7,7	9,2	9,8
	1998	10,3	10,8	10,9	10,1	8,3	9,9	10,3
Lapte, total	1997	4,7	4,3	4,1	4,4	5,4	4,2	5,0
	1998	4,5	4,1	4,3	3,7	5,0	4,1	4,9
Brânzeturi şi smântână	1997	3,4	3,3	3,8	2,8	3,6	2,9	3,4
	1998	3,4	3,4	3,6	2,8	3,6	3,0	3,4
Ouă	1997	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5
	1998	1,6	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5	1,6
Zahăr, produse zaharoase şi conserve din fructe	1997	6,0	6,5	7,0	5,9	4,7	5,7	5,7
	1998	6,0	6,6	6,9	5,9	4,8	5,6	5,8

Grafic 2

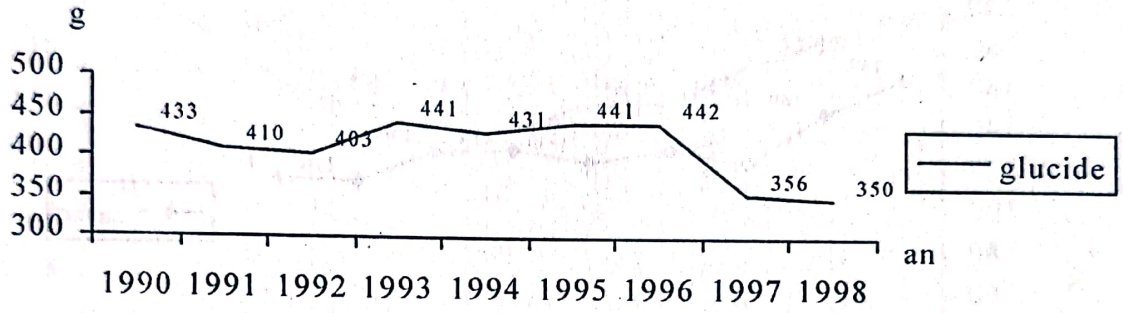
Consumul mediu de proteine - grame/cap locuitor/zi
în perioada 1990-1998
sursa: Comisia Națională de Statistică, 1999.



Scanned with OKEN Scanner

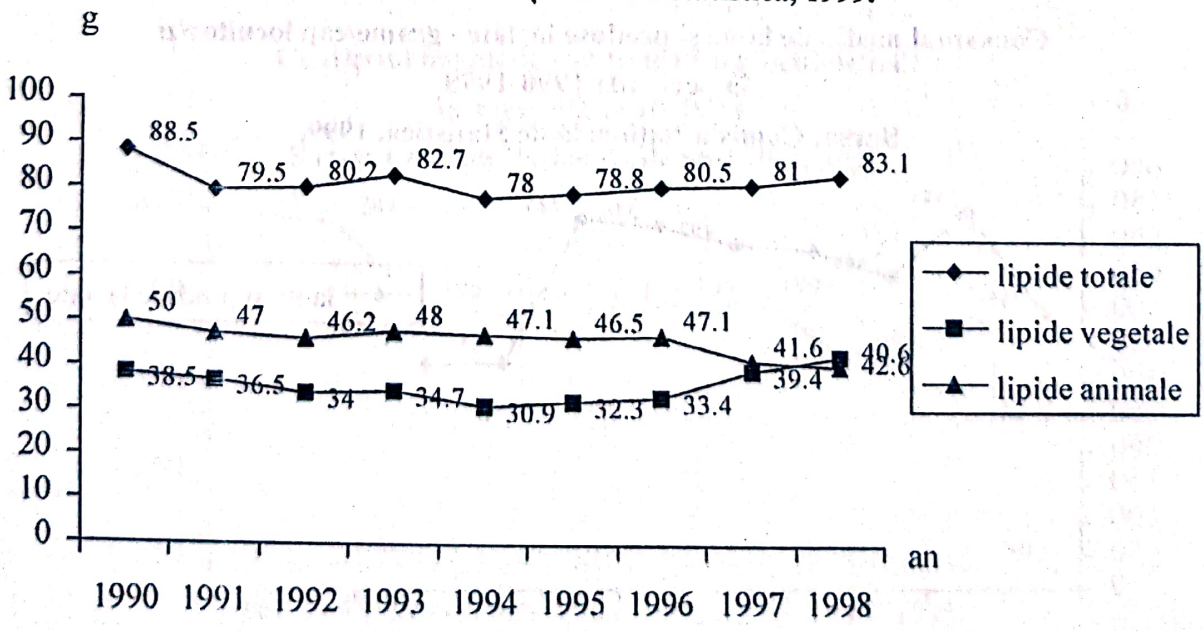
Grafic 3

Consum de glucide - grame/cap locuitor/zi
în perioada 1990-1998
Sursa: Comisia Națională de Statistică 1996,1999



Grafic 4

Consumul mediu de lipide - grame/cap locuitor/zi
în perioada 1990-1998
sursa: Comisia Națională de Statistică, 1999.

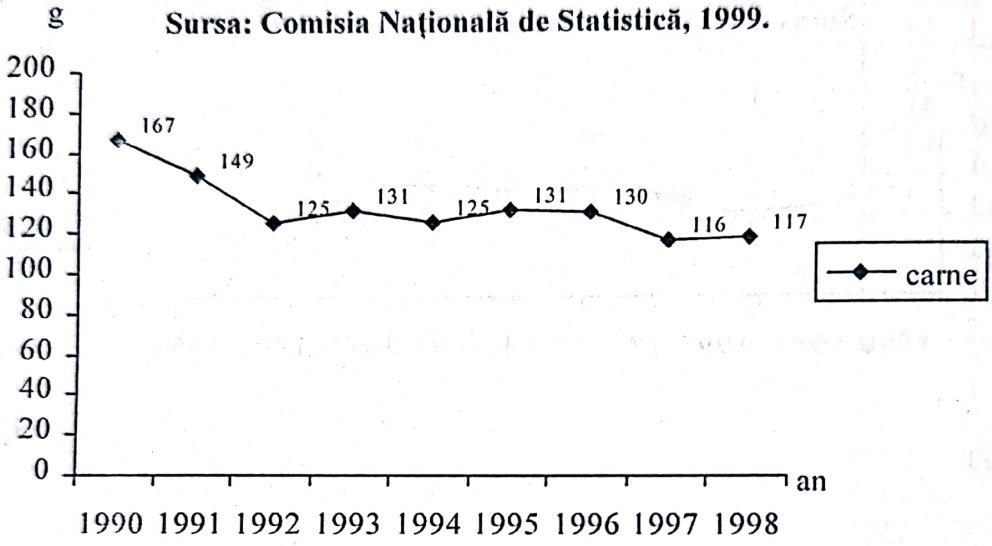


Scanned with OKEN Scanner

Grafic 5

Consumul mediu de carne şi produse din carne - grame/cap locuitor/zi în perioada 1990-1998

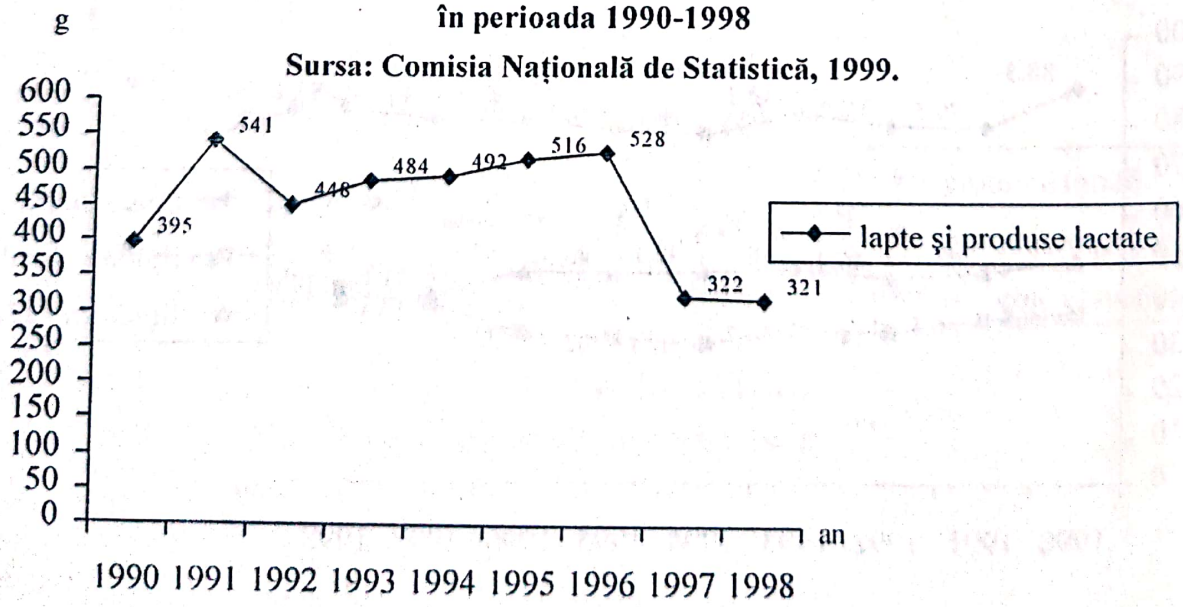
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1999.



Grafic 6

Consumul mediu de lapte şi produse lactate - grame/cap locuitor/zi în perioada 1990-1998

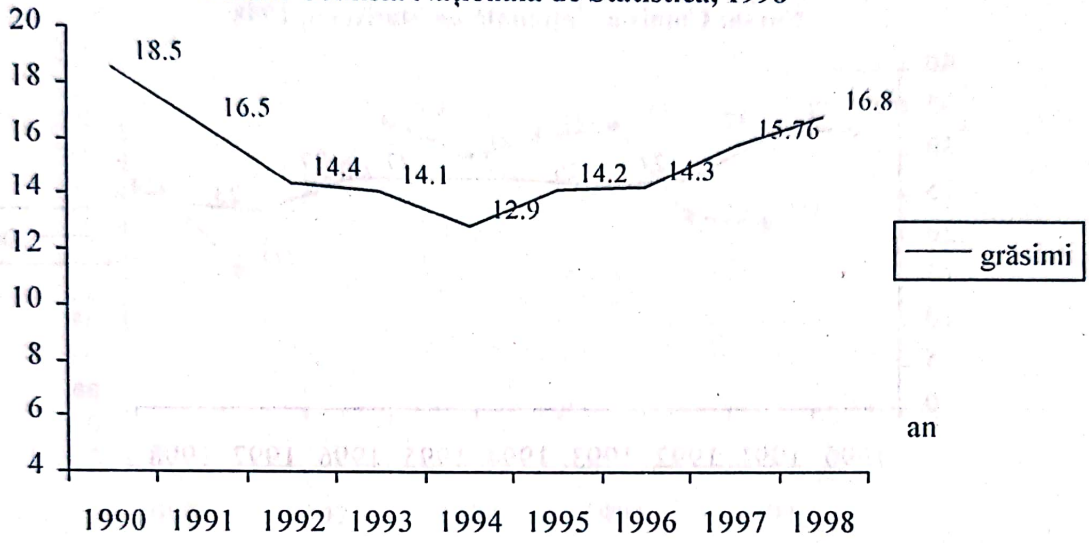
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1999.



Scanned with OKEN Scanner

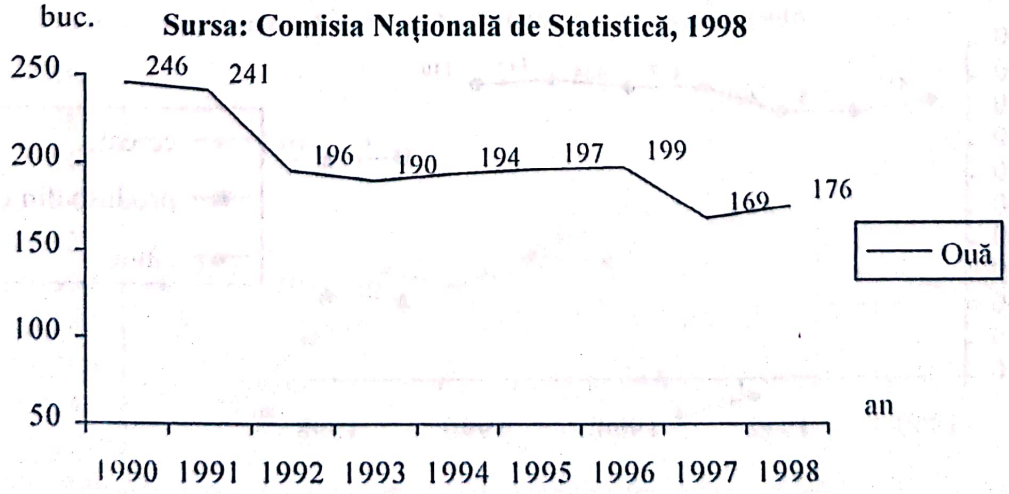
Grafic 7

Consumul mediu de grăsimi (kg.) /cap locuitor/an
în perioada 1990-1998
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1998



Grafic 8

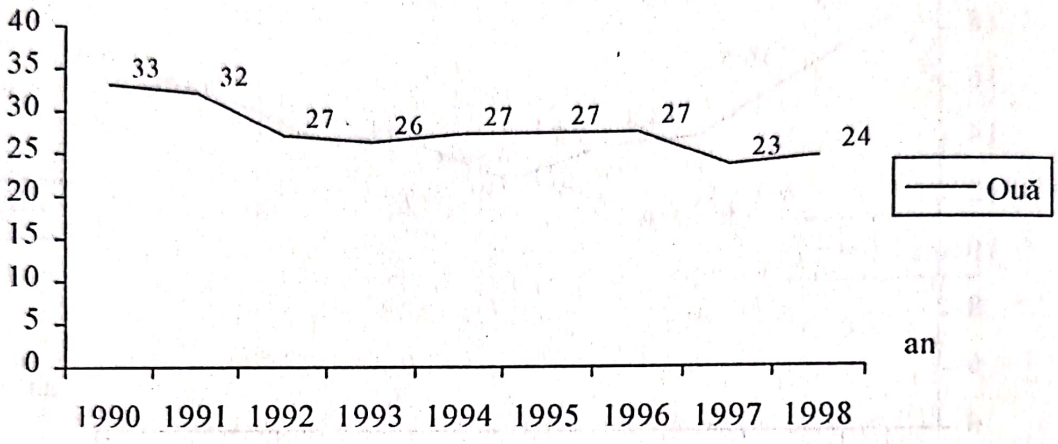
Consumul mediu de ouă (buc.) /cap locuitor/an
în perioada 1990-1998
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1998



Scanned with OKEN Scanner

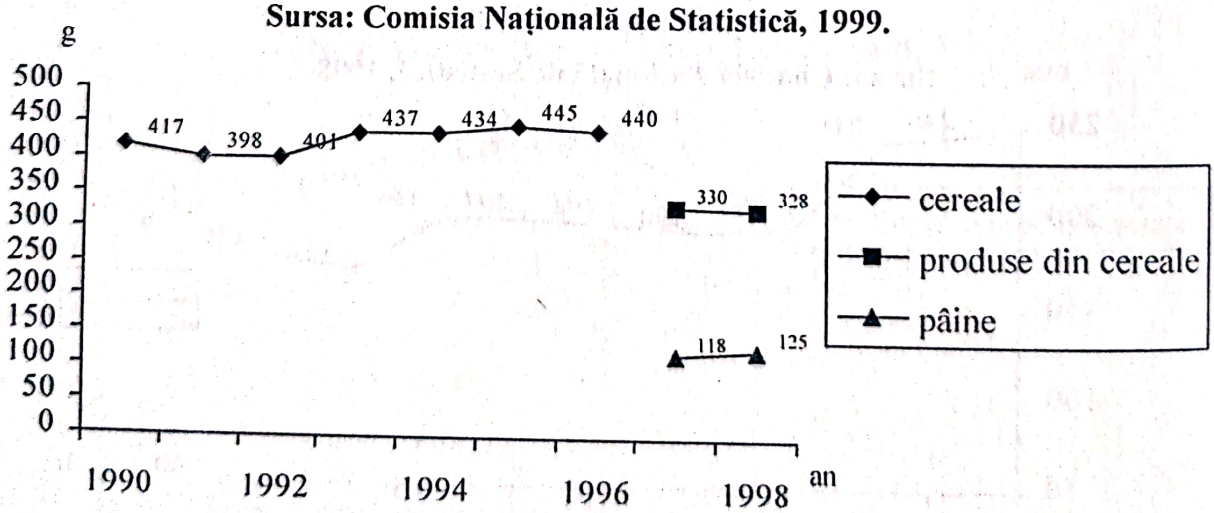
Grafic 9

Consumul mediu de ouă - grame /cap locuitor/an
în perioada 1990-1998
Sursa: Comisia Națională de Statistică, 1998



Grafic 10

Consumul mediu de cereale, produse din cereale și pâine - grame/cap locuitor/zi în perioada 1990-1998
Sursa: Comisia Națională de Statistică, 1999.

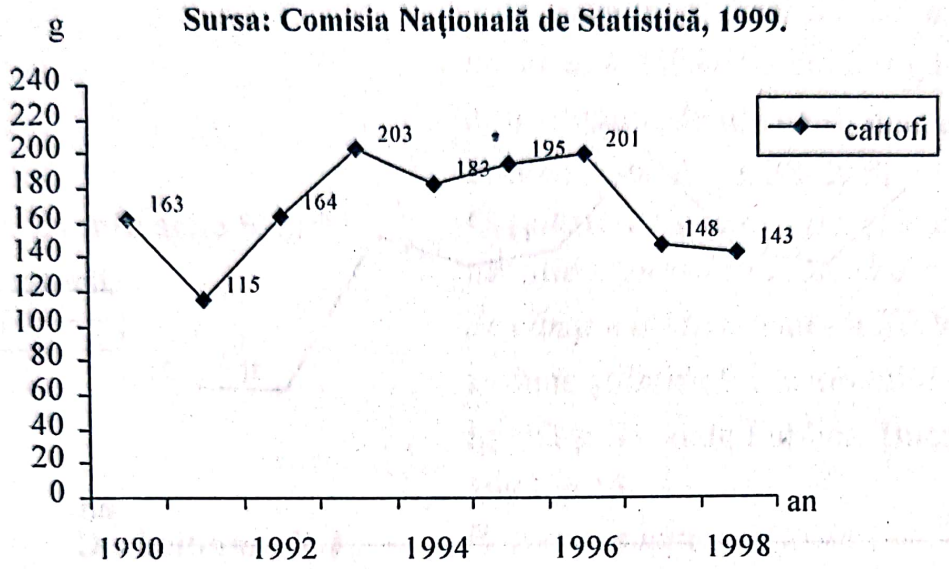


Scanned with OKEN Scanner

Grafic 11

Consumul mediu de cartofi- grame/cap locuitor/zi în perioada 1990-1998

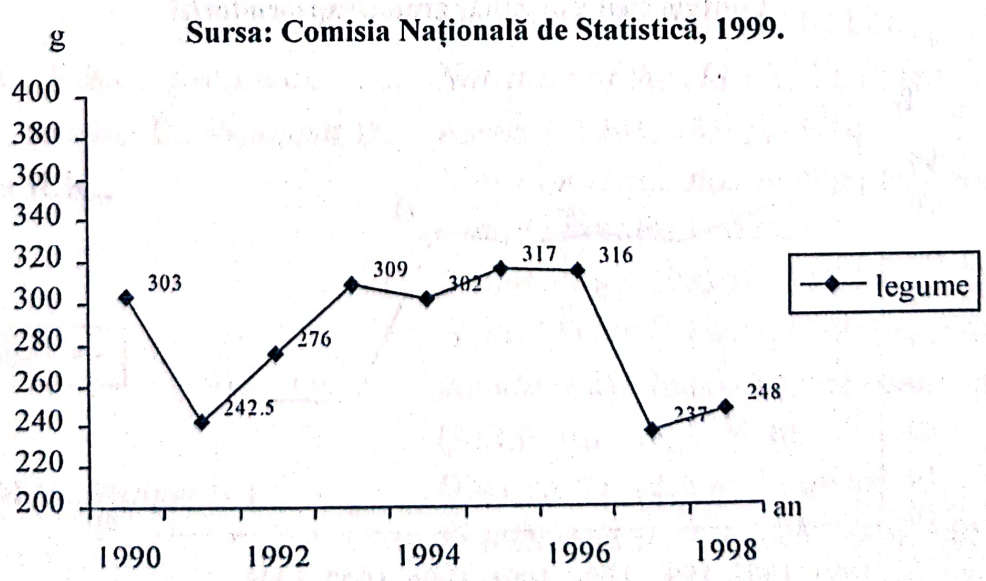
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1999.



Grafic 12

Consumul mediu de legume - grame/cap locuitor/zi în perioada 1990-1998

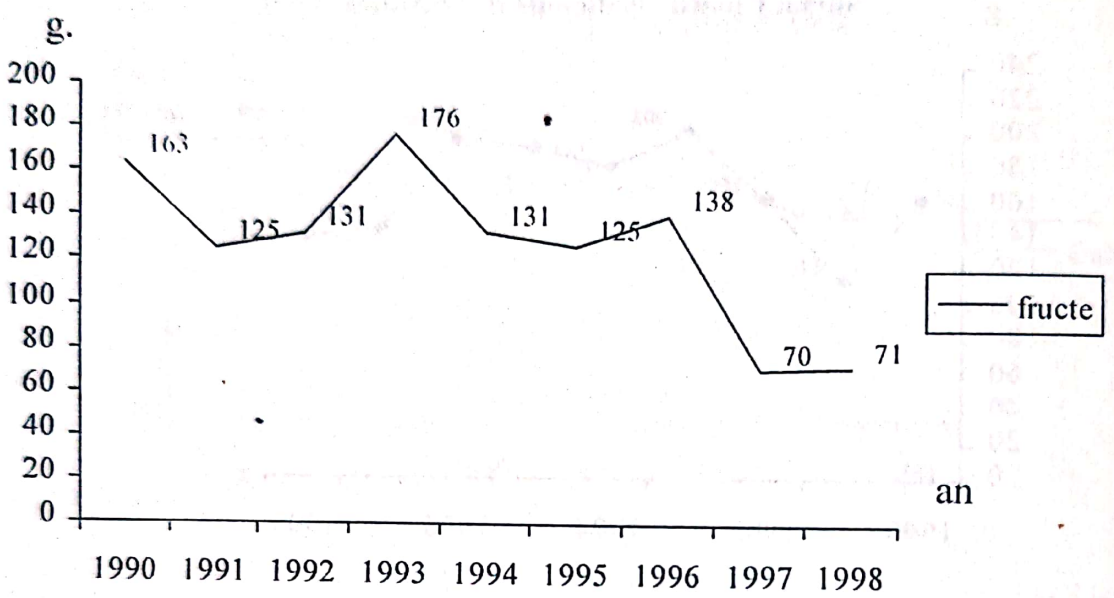
Sursa: Comisia Naţională de Statistică, 1999.



Scanned with OKEN Scanner

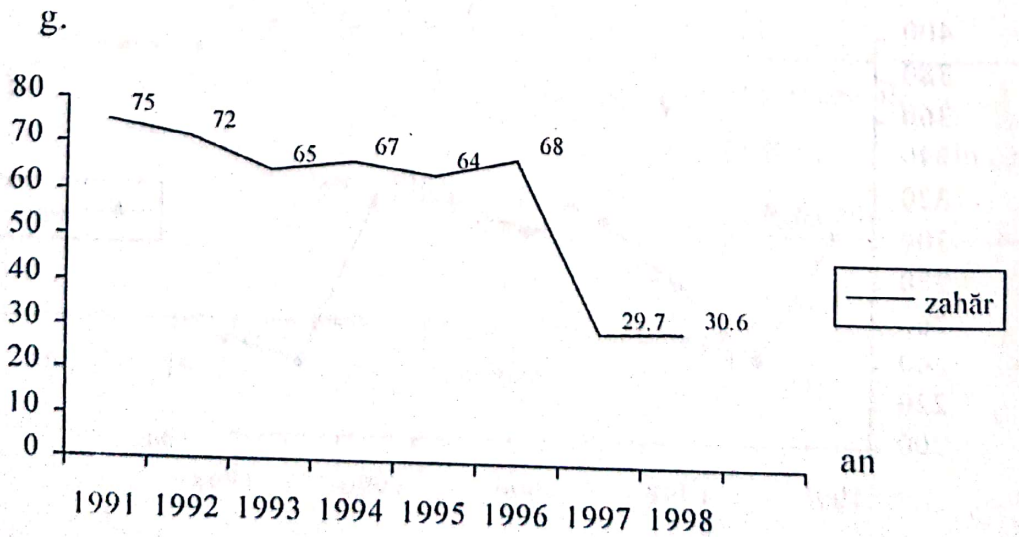
Grafic 13

Consumul mediu de fructe grame /cap locuitor/zi



Grafic 14

Consum mediu de zahăr grame/cap locuitor/zi



Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Albu A., *Aspecte ale consumului alimentar şi al stării de nutriţie, investigaţii în ultimii 7 ani la populaţia rurală din ţara noastră,* a XXXIII-a conferinţă anuală a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 28-29 mai 1998.

Albu I., Dumitrache S. şi colaboratorii, *Cunoaşterea alimentaţiei şi stării de nutriţie la populaţia rurală din zona de câmpie a Munteniei* - a XXVIII-a sesiune ştiinţifică a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1993, p.15.

Beneich A.Deckelbaum R.J., *Preventive nutrition: The comprehensive guide for health professionals*. Totowa, NJ: Humana Press, 1997.

Chandra R.K., *Effect of vitamin and trace-element supplementation on immune responses and infection in elderly subjects*, Lancet, 1992: 340:1124-1127.

Chandra R.K., Lumbach A., Moore C, Skelton D., Woolcott D., *Nutrition of the elderly*, Can Med Assoc J. 1991; 145:1475-1487.

Chandra R.K., *Nutrition regulation of immunity and risk of infection in old age. Immunology*. 1989:67:141-147.

Creţeanu M., *Studiul factorilor de risc aterogen la o populaţie din Bucovina,* teza doctorat, U.M.F. Bucureşti, 1999.

Criqui M.H., Ringel B.L., *Does diet or alchohol explain the French paradox?*, Lancet,1994, 344, 1719-23.

Scanned with OKEN Scanner

Klotsky Al., Armstrong A.A., *Alcoholic beverage choice and risk of coronary artery disease mortality,* American Journal Cardiol., 1933, 76, 467.

Lesourd B.M., Mazari L., *Environmental influences on immune aging: the role of nutritional factors in: nutrition and immunity: proceedings of the nutrition and immunity conference*, Washington DC: ILSI. In Press.

Lithel H., *Metabolic aspects of the treatment for hypertension,* Journ. Hypertension, 1995, vol.13, spl.2, 77-80.

Manson E., *Relation of all-cause mortality to overweight,* N.Engl.J.Med. 333, 677, 1995.

O.M.S., *Qualité de l'eau, oligoélements et maladies cardiovasculaire* - Bulletin 1973, vol.27, 580.

Williams B., Barefoot C., *Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angrographically documented coronary artery disease,* YAMA, 1992, 267, 520.

*** *Cercetarea modului de alimentaţie şi a stării de nutriţie a populaţiei din ţara noastră în perioada 1986-1990* - a XXVI-a sesiune ştiinţifică a Institutului de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti, 1991, p.55.

*** *Date statistice*, Institutul pentru Controlul Calităţii Vieţii, 1998.

Scanned with OKEN Scanner

„Când ai eliminat imposibilul, ceea ce rămâne,
oricât de improbabil, trebuie să fie adevărul"
Arthur Connan Doyle (1859-1930)

CAPITOLUL IV

PARADOXUL FRANCEZ ŞI „PARADOXUL ROMÂN

1. Paradoxul francez

Paradoxul francez, evidenţiat de studiul MONICA* (studiu finanţat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii,începând din anul 1984), se defineşte prin neconcordanţa între mortalitatea prin boli cardiovasculare existentă în două oraşe - unul în Franţa (Lille) şi celălalt în Irlanda (Belfast) - care sunt în raport invers cu nivelul mediu al colesterolemiei populaţiei, fapt care pare la prima vedere inexplicabil.

Pentru a putea înţelege acest fenomen vom prezenta rezultatele cercetărilor în domeniul epidemiologiei bolilor cardiovasculare aterogene pe plan internaţional şi măsurile preconizate în ţările implicate.

În paralel cu acest paradox francez există un „paradox român" despre care se cunosc foarte puţine aspecte, care rezultă din cercetările făcute pe un grup populaţional rural.

* *
*

Din anul 1970 în S.U.A, iar din anul 1975 şi în Europa se remarcă o scădere semnificativă a prevalenţei bolilor cardiovasculare. Cercetările epidemiologice efectuate după cel de-al doilea război mondial au stabilit interrelaţia dintre ateroscleroză şi consumul de grăsimi animale. Aşa cum s-a arătat la Capitolul 3 din Partea I a lucrării (studiile din Africa de Sud, studiile lui Ancel Benjamin Keys, fiziolog american, din anul 1970, cercetările de la Framingham (NE Massachusstes, S.U.A.) din anul 1948, cercetările *Multiple Risk Factors Intervention Trial* din anul 1978) valorile colesterolemiei, LDL-colesterolului şi a trigliceridelor sunt legate de la cauză la efect de mortalitatea prin complicaţiile aterosclerozei (cardiopatie-ischemică sau accidente cerebro-vasculare). Studiul WOSCOP efectuat în vestul Scoţiei şi a cărui rezultate au fost publicate în anul 1995, a definit interrelaţia dintre hipercolesterolemie

* Monitoring of Trend and Determinant of Cardiovascular Disease.

Scanned with OKEN Scanner

şi ateroscleroză. Studiul s-a efectuat pe un grup populaţional de 6 595 bărbaţi cu vârsta între 45 şi 64 de ani cărora li s-au administrat concomitent un regim dietetic hipocolesterolemiant şi tratament cu Pravastatine, timp de cinci ani. Subiecţii trataţi aveau o colesterolemie de peste 2.5 g/l.

După tratament s-a constatat o diminuare cu 31% a mortalităţii prin boli cardiovasculare (246 morţi placebo faţă de 174 printre cei trataţi), mortalitatea globală reducându-se cu 22%.

S-a constatat, de asemenea, reducerea infarctului miocardic nemortal cu 28% şi a mortalităţii globale prin boli cardiovasculare cu 32%.

În anul 1960, N.H.I. (*National Heart Institute* din S.U.A.), având un buget de 15 milioane de dolari primiţi din partea Congresului american (buget dublat la 2-3 ani, până în anul 1963), a încercat să introducă un program alimentar de prevenire a aterosclerozei; rezultatele studiului efectuat pe 6 000 oameni au fost însă neconcludente.

În anul 1967 s-a renunţat la acest program.

Începând cu anul 1970 în S.U.A. şi anul 1975 în ţările Europei Occidentale, prevalenţa maladiilor cardiovasculare a scăzut semnificativ, de la an la an. Rezultatele studiilor anterioare mediatizate intens au fost recepţionate de populaţie şi datorită unei educaţii medicale permanente şi susţinute. Populaţia a conştientizat rolul fundamental al alimentaţiei, fumatului, alcoolului, stresului, modului de viaţă etc.în apariţia bolilor. Efectele acestei conştientizări s-au făcut resimţite în mod evident (în Europa Occidentală şi S.U.A. maladiile cardiovasculare au descrescut în mod semnificativ de la 600 - 750 cazuri mortale/100000 locuitori la 200 - 300 cazuri mortale/100 000 locuitori în prezent).Măsurile dietetice adoptate în alimentaţie de către populaţie sunt o consecinţă a educaţiei medicale (consumul de grăsimi saturate a scăzut, odată cu scăderea şi a consumului de ouă, carne, lapte nedegresat, unt etc).De asemenea fumatul s-a redus.

Totuşi constatările cercetărilor ştiinţifice au subliniat că sunt şi alţi factori care concură la prevenirea secundară a acestor maladii. În studiul francez intitulat *Lyon Health Study* (Michel de Lorgerie, Patrich Salen et col., *Mediterranean diet and the rate of cardiovascular complications*, „Circulation", 1999, p.99, 779-785) se demonstrează beneficiul dieteticii de tip mediteraneean, bogat în ulei de rapiţă şi ulei de măsline. *Prin acest studiu se subliniază aspectul calitativ faţă de cel cantitativ şi rolul acizilor graşi, denumiţi esenţiali (nesaturaţi şi polinesaturaţi, şi anume acidul linolenic, acidul linoleic şi acidul arahidonic).* Acizii graşi esenţiali lipsesc din metabolismul organismului uman, fiind aduşi în organism numai prin alimentaţie. Autorii consideră uleiul de rapiţă ca un panaceu.

Scanned with OKEN Scanner

De asemeni, cercetările studiului MONICA [1], începute în anul 1984 (studiu susţinut de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în anul 1984 şi continuat şi în prezent), au evidenţiat o constatare deosebită: în oraşul Lille (Franţa) colesterolemia medie la bărbaţi cu vârsta cuprinsă între 35 şi 64 de ani era ridicată, şi anume 2,58 g/l. În oraşul Belfast (Irlanda) valorile medii sunt 2,38 g/l, la un lot asemănător. În mod surprinzător, mortalitatea în oraşul Belfast (370 morţi anual/100000 locuitori) este aproape triplă faţă de cea înregistrată în oraşul Lille (unde sunt 120 morţi anual/100000 locuitori). De ce?

În anul 1980, Pierre Ducimetière, cercetător INSERM, Franţa, observă pentru prima oară (citat de Sophie Coisne, în revista „Science et Vie" nr.208, 1999) un straniu paradox: în Franţa se înregistrau cu 50% mai puţine crize cardiace decât în S.U.A., în condiţiile existenţei unor factori identici de risc: tensiune arterială crescută, colesterolemie crescută, fumat şi consum de grăsimi saturate. Pe baza statisticilor O.M.S. şi O.C.D.E. s-a constatat că rata mortalităţii globale prin boli cardiovasculare înregistrată în Franţa este mai scăzută cu 10% faţă de cea înregistrată în S.U.A., cu 15% mai scăzută decât cea înregistrată în Germania şi cu 21% mai mică faţă de cea înregistrată în Scoţia, cu 26% mai puţin decât în restul Marii Britanii (Malcolm Law, Wald N., *Why heart disease mortality is low in France*, B.M.J., vol. 318, 29 mai 1999).

Se pune următoarea întrebare: Prin ce diferă dieta alimentară a populaţiei din Franţa de dieta alimentară a celorlalte popoare occidentale?

Pentru a putea răspunde la această întrebare redăm în continuare rezultatele cercetărilor nutriţionale din ultimii ani efectuate în Franţa. Aceste cercetări, cunoscute sub numele convenţional SU.VI.MAX, au început la data de 11 octombrie 1994 şi vor continua până în anul 2002. *Sunt considerate a fi printre cele mai importante studii epidemiologice din lume în domeniul prevenirii nutriţionale a problemelor de sănătate publică din secolul al XX-lea*. Obiectivele acestor cercetări sunt:

a) confirmarea faptului că prin intermediul actului de nutriţie se poate reduce riscul declanşării unor boli atât de frecvente în prezent (boli cardiovasculare şi cancere);

b) confirmarea faptului că un aport corespunzător de vitamine, minerale, oligominerale şi alte antioxidante în alimentaţie contribuie la ameliorarea semnificativă a stării de sănătate.

Cercetările au fost efectuate pe un eşantion de 13 735 persoane adulte, cuprinzând bărbaţi cu vârsta între 45 şi 60 de ani şi femei cu vârsta între 35 şi 60 de ani. Aceste persoane au fost selectate dintr-un grup de 80 000 persoane voluntare.

Toate evenimentele medicale au fost consemnate lunar de către cercetători în fişa persoanei respective. Consumul mediu pe zi, consum evaluat şi consemnat o dată la două luni, sub forma unei înregistrări concrete pe parcursul a 24 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

Datele cantitative se referă la cele peste 250 de alimente generice care corespund la 1 000 de alimente notate în trei liste diferite.

Alimentele reținute pentru consum de cel avizat sunt repartizate pe întreaga săptămână din care face parte ziua analizată. Supravegherea biologică a avut loc o dată la doi ani, alternativ cu bilanțul clinic.

În urma celor 18 anchete efectuate pe durata a trei ani de zile a rezultat că aportul de energie a fost în medie de 2 341 kcal ± 569 la bărbați și 1 781 kcal ± 438 la femei. Structura principiilor nutritive consumate în aceşti trei ani a fost următoarea:

a) cantitatea de *lipide* consumată a fost mai mare decât cea recomandată medical, având o uşoară tendință de scădere. Astfel, la femei, lipidele au reprezentat în anul 1995 39% din totalul principiilor nutritive, în anul 1996 38,3% și în anul 1997 37,5%. La bărbați, lipidele au reprezentat în anul 1995 36,9% din totalul principiilor nutritive, în anul 1996 36,3% şi în anul 1997 35,6%. Cantitatea de colesterol consumată zilnic în Franța a fost în medie de 450 mg. S-a observat o tendință de restructurare a acizilor graşi din componența lipidelor: procentul de acizi graşi a ajuns la 46% față de 25% cât este recomandat; procentul de acizi graşi nesaturați a scăzut la 38% față de 50% cât este recomandat, iar procentul de acizi graşi polinesaturați au scăzut la 16% față de 25% cât este recomandat;

b) cantitatea de *glucide* şi *alcool* a crescut uşor. Astfel, la femei cantitatea de alcool a crescut: în anul 1995 4,4%; în anul 1996 4,8% şi în anul 1997 5,2%. De asemenea, cantitatea de alcool a crescut şi la bărbați. În anul 1995 procentul mediu de alcool ingerat la bărbați a fost de 8,6%; în anul 1996 9,2% şi în anul 1997 9,7%. În ceea ce priveşte consumul de glucide la femei s-a constatat o uşoară creştere. În anul 1995 procentul de glucide consumate de femei a fost de 40% din totalul principiilor nutritive, în anul 1996 a fost de 40,6% şi în anul 1997 procentul de glucide a fost de 40,9%. Situația este asemănătoare şi la bărbați. Astfel, în anul 1985 procentul de glucide consumate de bărbați a fost de 38,5% din totalul principiilor nutritive, în anul 1986 38,7% şi în anul 1987 39%;

c) în ceea ce priveşte aportul de *proteine* în cei trei ani situația s-a prezentat în felul următor:

- la femei, procentul de proteine a fost de 16,6% din totalul principiilor nutritive (anul 1995), scăzând la 16,4% (anul 1996) şi la 16,3% (anul 1997);
- la bărbați, procentul de proteine a fost de 15,9% din totalul principiilor nutritive (anul 1995), scăzând la 15,8% (anul 1996) şi la 15,7% (anul 1997).

Recomandările clasice nutriționale prevăd ca în structura principiilor nutritive aportul de proteine să fie de 10-12%, aportul de lipide să fie de 25-30%, iar cel de glucide de 55-60%.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt rezultat al acestor anchete se referă la o uşoară scădere a aportului caloric (95 - 97%). Astfel, la femei aportul de calorii zilnic a scăzut de la 1 835 kcal la 1 730 kcal, iar la bărbaţi aportul de calorii zilnic a scăzut de la 2 490 kcal la 2 426 kcal (a se vedea tabelele 1 - 7).

Tabelul 1

Contribuţia alimentelor la aportul nutriţional al subiecţilor cercetaţi în perioada 1995-1997

Tipul alimentului	Procent din aportul nutriţional
Cereale (pâine, paste făinoase, orez)	20%
Dulciuri, deserturi, produse de patiserie	16%
Produse lactate	14%
Fructe şi legume	aprox.10%
Carne	8%
Mezeluri (jambon 70%)	5%
Grăsimi adăugate (din care 50% de origine animală şi 50% de origine vegetală)	10-11%

Băuturile alcoolice au reprezentat 10% din aportul energetic la bărbaţi şi aproximativ 5% din aportul energetic la femei.

Tabelul 2

Provenienţa alimentară a aportului de glucide la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de glucide	% din aportul de glucide
Cereale	35% la femei 41% la bărbaţi
Dulciuri, deserturi, produse de patiserie	24%
Fructe şi legume	15% la bărbaţi 19% la femei
Lactate	8%
Cartofi	5%

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3

Proveniența alimentară a aportului de lipide la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de lipide	% din aportul de lipide
Produse lactate	18%
Dulciuri, deserturi, produse de patiserie	14% la femei 11% la bărbaţi
Materii grase vegetale	16%
Materii grase animale	12,5%
Carne	8%
Mezeluri	7%

Tabelul 4

Proveniența alimentară a aportului de proteine la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de proteine	% din aportul de proteine
Carne	26% la bărbaţi 23% la femei
Produse lactate	20% la bărbaţi 22% la femei
Cereale	16,5%
Peşte	10,5%
Mezeluri	6,5%

Procentele însumate în tabelul 5 reprezintă 63% din totalul de proteine animale.

În ceea ce priveşte aportul de acizi graşi din structura lipidelor şi proveniența alimentară a acestora, rezultatele cercetărilor sunt prezentate în tabelele 5, 6 şi 7.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 5

Proveniența alimentară a aportului de acizi graşi saturați din lipide la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de acizi graşi saturați	% din aportul de acizi graşi
Produse lactate	25%
Dulciuri, deserturi, produse de patiserie	14% la bărbați 17% la femei
Grăsimi animale adăugate	16,5%
Carne	8%
Mezeluri	7% la bărbați 5% la femei
Materii grase vegetale	7%

Tabelul 6

Proveniența alimentară a aportului de acizi graşi polinesaturați din lipide la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de acizi graşi polinesaturați	% din aportul de acizi graşi
Grăsimi vegetale	30%
Produse cerealiere	11%
Legume	7%
Carne	7%
Mezeluri	6%
Produse lactate	5%
Peşte	5%

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 7

Proveniența alimentară a aportului de acizi graşi mononesaturați din lipide la eşantionul studiat în perioada 1995-1997

Alimentul de la care a provenit aportul de acizi graşi mononesaturați	% din aportul de acizi graşi
Grăsimi vegetale	18%
Produse lactate	14%
Carne	10%
Mezeluri	9%
Grăsimi animale	10%
Dulciuri, deserturi, produse de patiserie	10%

În ceea ce priveşte consumul de fructe, acesta a fost redus (< 100-150 g zilnic față de 250-300 g recomandate) la 64% din numărul bărbaților şi 55% din numărul femei. Consumul de legume a fost, de asemenea, în cantitate mică (200-250 g zilnic față de 450-500 g recomandate) la 72% din numărul bărbaților şi 64% din numărul femeilor. Totuşi trebuie reținut că acest concept de recomandare prezintă variabilitate la nivelul unei populații.

Ca să ne dăm seama de existența unor carențe trebuie să facem o evaluare a parametrilor biochimici. Ori din examenele biochimice efectuate nu s-a găsit nici o carență minerală sau vitaminică majoră la populația respectivă.

Bilanțul lipidic efectuat a indicat următoarele valori anuale:

a) la bărbați, 34% din valorile colesterolemiei indicau peste 2,5 g/l, iar la femei, 28% din valorile colesterolemiei indicau peste 2,5 g/l;

b) la 20% din bărbați şi la 4% din femei trigliceridele au depăşit valoarea de 2 g/l;

c) aportul de APOA$_I$ (apolipoproteine A$_I$) a fost <1,2 g/l la 16% din bărbați şi 14% din femei;

d) aportul de APO B (apolipoproteine B) a fost > 1,3 g/l la 36% din bărbați şi 14% din femei;

Frecvența hipercolesterolemiei a fost mai mare la bărbații cu vârsta între 40 şi 49 de ani decât la femeile având aceeaşi vârstă. Raportul este invers la bărbații şi femeile care au vârsta de peste 50 ani, în sensul că la femeile din această categorie de vârstă frecvența hipecolesterolemiei este mai ridicată decât la bărbații de aceeaşi vârstă.

Scanned with OKEN Scanner

Din analizele efectuate pe eşantionul studiat este greu de dedus cum este posibilă scăderea mortalităţii prin complicaţii ale aterosclerozei (cardiopatii ischemice, maladii cerebrovasculare). Un efect aşa de spectacular nu poate proveni decât dintr-o diferenţă mare de regim alimentar. Ori această diferenţă de regim nu există dacă ne raportăm la celelalte ţări. Există însă ceva deosebit în comportamentul nutriţional al francezilor, transmis din generaţie în generaţie şi care nu a fost remarcat până la studiile făcute în ultimele decenii, studii ce au analizat interrelaţiile dintre colesterolemie, nutriţie, ateroscleroză şi mortalitate prin boli cardiovasculare. Francezii consumă cea mai mare cantitate de vin (în special vin roşu) din lume. *Peste 85% din întreaga populaţie adultă a Franţei consumă vin* (Serge Renaud, *Wine, alcohol, platelets and the French paradox for coronary heart disease*, Lancet,1992, 339,1523-6).). Studiile efectuate asupra consumului moderat de alcool (< 36 g zilnic sau echivalentul acestuia - 1/3 l vin) în perioade cuprinse între 2 şi 22 ani au confirmat faptul că acest consum moderat de vin duce la scăderea ratei mortalităţii prin boli coronariene cu 20%. Un studiu făcut în anul 1992 în Oakland (S.U.A.) pe 128 900 persoane, timp de 7ani, a arătat că un consum de două pahare de vin pe zi oferă o protecţie cardiovasculară cu 30-40% mai mare decât consumul de alte băuturi spirtoase. Rezultatele obţinute în urma acestui studiu au fost confirmate de un studiu efectuat în Danemarca pe 12 000 indivizi în anul 1995 (citat Sophie Coisne, *loc. cit.*, p.68). Aşa se explică, în parte, cele observate la francezi. *Elementele protectoare din vin sunt polifenolii, în special resveratrolul.*

Farmacopeea tradiţională chineză descrie resveratrolul şi acţiunile sale protectoare cardiovasculare, resveratrol identificat în două plante. Se ştie că LDL (*low density lipoproteins*) se oxidează, mai ales în cazuri de deficienţă de vitamina C şi E sau când colesterolul este mult crescut (prin regim alimentar bogat în grăsimi animale). El nu mai este recunoscut de receptorii specifici şi are drept rezultat pătrunderea în celulă şi descărcarea de colesterol. Prima victimă a LDL oxidat sunt macrofagele, care, pătrunzând în peretele vascular, prin colesterolul depus, duce la formarea plăcii de aterom. *Resveratrolul este un factor antioxidant puternic, de 20-50 ori mai puternic decât vitamina E* (Denis Blache, cercetător INSERM, citat de Sophie Coisne).

O altă observaţie este acţiunea trombocitelor, care sub influenţa unor factori ca fumatul, diabetul, hipertensiunea arterială formează trombusuri, datorită agregării lor. *Resveratrolul ca şi aspirina are acţiune antiagregantă*. Deci, acţiunea sa antioxidantă şi fluidifiantă este antiaterogenă. La aceasta se mai adaugă şi acţiunea de blocare a mutaţiilor ADN de origine tumorală, acţiune descrisă de John Pezzuto de la Colegiul de Farmacie din Chicago, Illinois - S.U.A., citat de

Scanned with OKEN Scanner

Sophie Coisne. Resveratrolul inhibă două enzime cu efect de multiplicare a celulelor tumorale la animale. Însă acest lucru nu se poate confirma la om.

Deşi în Franţa peste 62% din populaţie face parte din categoria celor care consumă zilnic o cantitate insuficientă de legume şi fructe, respectiv 200-350 g legume şi 100-150 g fructe (cunoscându-se rolul vitaminelor A,E şi C, flavonoidelor, glucosinolaţilor şi fibrelor alimentare în echilibrul metabolic), asistăm totuşi la o scădere a aterosclerozei. Din păcate, asistăm la o creştere a bolilor de cancer favorizată de consumul scăzut de legume şi fructe. Se cunoaşte că un aport suficient de legume şi fructe scade în mod categoric riscul declanşării de cancer al tubului digestiv şi al aparatului respirator.

* *
*

Explicaţiile sugerate de cercetările franceze sunt combătute de o serie de cercetători, în special de Malcolm Law şi Nicholas Wald (*Why heart disease mortality is low in France*, B.M.J., vol.318, 29 mai 1999, p.1471-1475) care considerau că nu consumul de vin roşu ar fi principala cauză a mortalităţii scăzute prin cardiopatie ischemică în Franţa şi nici resveratrolul conţinut de acesta. Factorii de risc în Franţa sunt aceeaşi ca şi în celelalte ţări. Ei lansează ipoteza „time lag" (întârzierea în timp a acţiunii colesterolului) care ar explica paradoxul. Până în anul 1970 francezii mâncau puţine grăsimi animale (21% din energia totală) pe când în Marea Britanie consumul era de 31% (colesterolul seric era în Franţa în medie de 5,7 mmol/l, iar în Marea Britanie de 6,3 mmol/l). După perioada 1970-1980 francezii îşi măresc valorile grăsimilor animale din dietă. Trebuie să treacă un timp îndelungat până când colesterolul crescut în sânge să provoace aterom şi să creeze riscul de cardiopatie ischemică. Faptul că occidentalii au în alimentaţia lor un nivel crescut de grăsimi saturate (şi deci colesterolemie mărită) încă din copilărie, presupune că ateromul are un progres foarte lent de-a lungul vieţii şi numai circa 1% dintre bărbaţi mor prin cardiopatie ischemică înainte de 50 de ani. Trebuiesc deci câteva decade de evoluţie pentru a ajunge la complicaţiile aterosclerozei. Aşa se explică mortalitatea scăzută prin cardiopatie ischemică din Franţa. Aşa se explică de ce şi cancerul pulmonar apare după 30-40 ani de fumat (Doil R., Peto R.,*The causes of cancer*, Appendix E, J. Nat. Cancer Inst., 1981, 66, 1292-1305). Prevalenţa fumatului la bărbaţi este similară în Franţa (32%) şi Marea Britanie (29%) însă e mult mai scăzută la femeile din Franţa (9%) faţă de femeile din Marea Britanie (30%). Această diferenţă ce există de peste 30 de ani

Scanned with OKEN Scanner

duce la o mortalitate similară prin cancer de plămân la bărbaţii din ambele ţări şi la o mortalitate mai mică la femeile din Franţa. Acelaşi lucru se observă şi la mortalitatea prin cardiopatie ischemică: la bărbaţi raportul este de 1:2,5, iar la femei raportul este de 1:3 (Nicolaides Bauman A., Wald N., *International smoking statistics*, Institute of Preventive Medicine, Oxford University Press, 1993). Riscul mortalităţii prin cardiopatie ischemică este de două ori mai mare la fumători decât la nefumători (Doil R., Peto R., *Mortality in relation to smoking, 20 years observation on male doctors*, B.M.J., 1976, 1525-36).

Consumul de alcool, după cum se arată în trei studii americane efectuate pe un număr mare de cazuri (Boffeta P., Garfinkol L., *Alcohol drinking and mortality among men...*, Epidemiology, 1990, 1, 342 - 348), are o acţiune benefică (scade cu 20% riscul de cardiopatie ischemică la cei care beau sub 25 - 30 g alcool/zi), băut în cantitate moderată spre deosebire de cei care beau mai mult. Acţiunea protectoare a alcoolului se explică prin creşterea HDL-colesterolului şi modificările favorabile a factorilor hemostatici. Când alcoolul este consumat în cantitate mai mare, creşte riscul hipertensiunii arteriale, factor de risc deosebit. Consumul mult mai crescut de alcool din Franţa faţă de Marea Britanie (18,4 l faţă de 5,7 l etanol pentru un adult în anul 1965 şi 13,1 l faţă de 8,5 l în anul 1988) reflectă mai degrabă consumul crescut pe individ decât prevalenţa crescută a băutorilor şi aceasta nu reduce cardiopatia ischemică.

În ceea ce priveşte consumul de vin, care este mai mare în Franţa, acesta nu dă o protecţie mai mare decât consumul de bere sau băuturi spirtoase (Rimm L.B., Klatsky A. şi col., *Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease is the effect due to beer, wine, or spirts*, B.M.J, 1996, 312, 273-6).

De asemeni, nu este nici o diferenţă între consumul de vin roşu sau alb (Klatsky şi col., *Red wine, liquor, beer, and risk for coronary disease ...*, Am. J. Cardiol. 1997, 80, 416-20).

În ceea ce priveşte mortalitatea prin cardiopatie ischemică diferenţele dintre ţările unde consumul de grăsimi saturate este vechi şi cele în care ele se consumă de puţină vreme sunt semnificative. În anul 1970 colesterolemia era în Franţa mai mică cu 0,6 mmol/l decât cea din Marea Britanie şi astfel se poate explica mortalitatea mai scăzută. Consumul de vin roşu scade mortalitatea prin cardiopatii ischemice numai în cazurile cu consum recent de grăsimi animale (Renaud S., Lorgeril N.). În cazul în care se consumă de mult timp grăsimi animale, vinul roşu nu are nici o acţiune. Mortalitatea scăzută înseamnă consum de puţin timp al grăsimilor saturate. Vinul ar fi un marker indirect, un factor complementar.

Durata în timp a consumului de grăsimi saturate, pentru a deveni un factor de risc, este de minimum 25 de ani (s-ar putea să fie peste 35 de ani). Această

Scanned with OKEN Scanner

creştere lentă a mortalităţii contrastează cu scăderea rapidă atunci când se reduce colesterolemia (apare după doi ani de la reducerea acesteia) (Low M.R., Wald N.Z., *By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischemic heart disease*, B.M.J., 1994, 367-372). Acelaşi lucru se observă şi după încetarea fumatului!

Autorii consideră în final că „*time lag hypothesis*" explică paradoxul epidemiologic.De asemenea, ei arată că în fond mortalitatea în Franţa şi Marea Britanie prin toate cauzele de mortalitate este aceeaşi chiar dacă mortalitatea prin cardiopatie ischemică este scăzută. (Mortalitatea prin cardiopatie ischemică în Franţa la populaţia cu vârsta între 55 şi 64 de ani a fost de 199 cazuri $^{0}/_{0000}$ în anul 1999, iar în Marea Britanie de 490 cazuri $^{0}/_{0000}$. La bărbaţi rata era de 1:2,5, iar la femei mortalitatea prin cardiopatie ischemică a fost de 52 cazuri $^{0}/_{0000}$ în Franţa şi 155 $^{0}/_{0000}$ în Marea Britanie. În rândul femeilor rata era de 1:3. În schimb mortalitatea, ca o consecinţă a consumului mare de alcool, era în Franţa de 348 cazuri $^{0}/_{0000}$ în rândul bărbaţilor, iar în Marea Britanie de 105 $^{0}/_{0000}$, deci o rată a mortalităţii de 3:1; în schimb la femei, în Franţa procentul era de 82 $^{0}/_{0000}$ faţă de 40 $^{0}/_{0000}$ în Marea Britanie, rata mortalităţii fiind de 2:1. În Franţa, la bărbaţi mortalitatea prin toate cauzele a fost de 1382 $^{0}/_{0000}$, iar în Marea Britanie mortalitatea a fost de 1374 $^{0}/_{0000}$. Rata mortalităţii a fost de 1:1 la bărbaţi. La femei mortalitatea era de 517 $^{0}/_{0000}$, respectiv 812$^{0}/_{0000}$, iar rata mortalităţii de 1:1,5 (date provenite de la dr. François Hatton, INSERM, Franţa).

În concluzie, pentru sănătatea publică sunt importante două probleme: mortalitatea crescută prin boli cardiace în Marea Britanie şi mortalitatea crescută datorită alcoolului în Franţa. Ambele pot fi prevenite.

2. „Paradoxul român"

Se pune problema de ce într-o ţară ca România, care în ultimii ani are o alimentaţie predominant vegetariană, datorită creşterii sărăciei populaţiei, asistăm la o creştere inexplicabilă a mortalităţii prin boli cardiovasculare în ultimul deceniu, aşa numitul deceniu al tranziţiei? Peste 7,6 milioane de oameni (peste 1/3 din populaţia ţării) trăiesc la limita de supravieţuire. Studiul alimentaţiei populaţiei (în mod deosebit în anii 1997-1998) concluzionează că 79% din energia necesară organismului uman este provenită din calorii de origine vegetală şi 21% din energie provine din calorii de origine animală. Deosebirile faţă de sistemul de alimentaţie din Franţa sunt atât de evidente încât nu pot fi comentate (vezi capitolul III, partea a III-a). În anul 1996 mortalitatea în România prin boli cardiovasculare a fost de 785,9/100 000 locuitori,

Scanned with OKEN Scanner

urmând o scădere minoră a acesteia în anul 1997 (761/100 000 locuitori) şi în anul 1998 (738,6/100 000 locuitori). Reamintim că în ţările Europei Occidentale asistăm la o scădere semnificativă şi constantă a ratei mortalităţii prin boli cardiovasculare (de ex. în Franţa s-au înregistrat 195,1 decese la 100 000 locuitori în anul 1996).

Cercetările nutriţionale din această perioadă asupra unor situaţii deosebite ne pun, în mod paradoxal, unele probleme similare cu cele franceze, care arată, de data aceasta, influenţa pozitivă a modului de viaţă în prevenirea aterosclerozei.

Între anii 1995 şi 1998 s-a efectuat un studiu într-o colectivitate mică şi izolată din Poiana Micului - judeţul Suceava, şi rezultatele acestuia au apărut în teza de doctorat a dr. Mihai Creţeanu, teză intitulată „*Studiul factorilor de risc aterogen în corelaţie cu indicatorii de morbiditate şi mortalitate prin boli cardiovasculare într-o colectivitate din Bucovina*", a cărei conducător ştiinţific a fost prof.univ.dr.docent Iulian Mincu. Acest studiu demonstrează relaţia complexă dintre alimentaţie, mod de viaţă şi ateroscleroză. De fapt, se pune în evidenţă o faţetă specială legată de dezvoltarea aterosclerozei, pe care o numim „paradoxul român".

Alegerea acestei comunităţi pentru studiu a fost motivată prin:

a) stabilitatea sa demografică, sporul natural constant pozitiv şi indicatori de morbiditate şi mortalitate, rata mică a bolilor cardiovasculare comparativ cu alte localităţi din judeţul Suceava;

b) stabilitatea din punct de vedere economic. Înainte de anul 1989 zona era necolectivizată, locuitorii ocupându-se cu exploatarea lemnului, creşterea animalelor şi, în mică măsură, cu cultivarea pământului. După anul 1989 populaţia a rămas la aceeaşi activitate forestier-agricolă;

c) inexistenţa navetismului;

d) caracterul natural al alimentaţiei, aceasta bazându-se pe lapte şi produse lactate, legume şi carne în cantitate suficientă;

d) predominanţa religiei catolice şi a populaţiei de origine poloneză (peste 70%). Anumite reguli impuse de religie sunt respectate cu strictеţe de membrii comunităţii, determinând, în mod favorabil, încetinirea acţiunii unor factori de risc ai bolilor cardiovasculare.

În comuna Poiana Micului trăiesc 1 035 locuitori, din care 49% o reprezintă populaţia cu vârsta de 0-19 ani (499 locuitori). Restul de 51% este reprezentat de populaţia cu vârstă de peste 20 de ani (536 locuitori), a cărei medie de vârstă este de 46,66 ani. Reţinem că în această colectivitate sunt 67 persoane care au vârsta de peste 70 ani (12,5% din totalul populaţiei cu vârsta de peste 20 de ani). La nivelul întregii ţări procentul acestei categorii de vârstă este de 7,93%. Preponderenţa sexului feminin existentă în această comunitate (58,2%) este similară cu cea existentă pe plan naţional. În această comunitate există 95

Scanned with OKEN Scanner

persoane cu vârsta de 60-69 ani (ceea cea înseamnă 17,72% din totalul populației, față de 10,37% cât există la nivel național). Tot în această comunitate există 162 persoane cu vârsta de peste 60 de ani (30,22% din totalul populației cu vârsta de peste 20 de ani, față de 25,08% la nivel național). Din această categorie de vârstă circa 58,82% suferă de boli cardiovasculare, procent care este cu mult mai mic decât valorile găsite în anul 1997 la nivel național, respectiv 90,98%. Un factor important care a determinant ca populația cu vârsta peste 60 de ani să fie mai numeroasă în această comunitate este faptul că specificul meseriei care o practicau (respectiv cea de muncitor forestier) a solicitat în permanență un intens efort fizic. Femeile au fost şi sunt casnice, ocupându-se cu creşterea vitelor şi cultivarea pământului proprietate personală. În grupul de 374 persoane cu vârsta cuprinsă între 20 şi 59 ani *au fost găsite cu boli cardiovasculare numai 10 persoane, ceea ce reprezintă 2,67% din totalul persoanelor care suferă de aceste boli*. Date statistice existente la nivel național indică un procent de 20,65% persoane suferinde de boli cardiovasculare, persoane care au vârsta între 20-59 ani.

Prevalența bolilor cardiovasculare din această comunitate la toate grupele de vârstă, indiferent de sex, a fost de 31%, fiind cu mult mai mică decât prevalența la nivel național a bolilor cardiovasculare care a fost de 39,37%. Cel mai mare grup de bolnavi s-a întâlnit la femei (31,48% femei față de 28,26% bărbați). Aceste rezultate sunt deosebite față de cele constatate la nivel național (41,16% femei şi 37,25 bărbați).

Caracteristicile factorilor de risc modificabili care au putut fi evidențiate sunt următoarele:

- caracterul predominant lactat al alimentației locuitorilor din această comunitate, peste 85% din populație consumând frecvent produse lactate (brânză, smântână, unt, lapte etc.);
- consumul în cantitate mărită de grăsimi animale. Astfel, se consuma zilnic 28-30 g slănină, 25-30 g smântână şi unt, peste 60 g brânză, un ou, 400-500 g lapte etc.;
- consumul zilnic în medie de 100-150 g carne de porc sau de pasăre;
- consumul mare de pâine (peste 350 g zilnic/persoană) şi de mămăligă;
- consumul variabil de legume (cartofi, fasole, morcovi etc) în ciorbe sau alte forme de preparate culinare;
- consumul de ulei vegetal;
- alimentația nu este hipercalorică, consumul mediu zilnic fiind de 2 834 Kcal/zi. Muncitorii forestieri consumă zilnic 3 200-3 500 kcal zilnic, datorită efortului fizic intens depus de aceştia.

Scanned with OKEN Scanner

În tabelul 8 este structurată proveniența alimentară a caloriilor consumate zilnic în această comunitate.

Tabel 8

Proveniența alimentară a caloriilor consumate zilnic de către populația din comuna Poiana Micului

Aliment	Lapte	Brânză	Smântână	Unt	Ouă	Carne	Slănină	Pâine	Mămăligă	Ciorbă	Total
Calorii lotul studiat	338	155	273	210	85	252	253	842	266	160	2834
Calorii lotul martor	310	143	96,5	67,3	40	204	135	462	252	160	1869,8

Ceea ce caracterizează alimentația acestei populații este consumul mare de pâine (care aduce un aport important de fibre, respectiv 25,5 g) şi de mămăligă (9 g fibre). Pâinea este preparată de gospodine în casă. Consumul total de fibre al sătenilor din această comunitate este de 35,6 g zilnic comparativ cu lotul martor unde acesta este de 24 g zilnic.

În această comunitatea consumul zilnic de alcool este moderat. Există doar 12% care consumă peste 30 -35 g alcool zilnic. Aproximativ 43% din grupul studiat nu consumă alcool.

Deşi în această comunitate aportul zilnic de lipide saturate este mare, valoarea medie a colesterolului este de numai 187,04 mg %, valoarea maximă ajungând la 284 mg %. Valoarea maximă a LDL-colesterolului ajunge la 229 mg%. Celelalte lipide sanguine au valori medii situate în limite normale: 90,4 mg% trigliceride, HDL-colesterol 38,4 mg%, LDL-colesterol 130,59 mg%. S-ar putea ca starea de normalitate să fie datorată atât efortului fizic depus şi cantităţii de fibre consumate zilnic cât şi factorului de protecţie antiaterogenică pe care îl au ouăle şi laptele.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea şi alte valori biologice cercetate se înscriu în limite normale: acidul uric - 3,84 mg%, creatinina -0,76 mg%, ureea - 39,30 mg%, fibrinogen - 220 mg%, proteine totale - 6,6 mg%.

Prevalența hipertensiunii arteriale (peste 140 mm Hg tensiune arterială sistolică şi peste 9 mm Hg tensiune arterială diastolică) a fost de 10% la lotul cercetat (față de media pe națiune în mediul rural de 16,14%, raportată în anul 1997).

Prevalența cardiopatiei ischemice a fost de 6% (față de media pe națiune în mediul rural raportată în anul 1997, care este de 15,09%).

Un număr de 58% persoane din comunitatea studiată au greutate normală, 29% sunt supraponderale şi 13% sunt obeze.

În ceea ce priveşte frecvența dislipidemiilor, 33% din populația din comunitate au prezentat hipercolesterolemii (cu valoarea colesterolului de peste 2,5 g/l). Din totalul persoanelor cu hipercolesterolemie, 8% dintre aceştia aveau şi boli cardiovasculare. La 4% din populația rurală studiată s-a găsit hipertrigliceridimie.

Media de viață a locuitorilor acestei comunități este de 73,5 ani, fiind mai mare decât media de viață de la nivelul întregii țări.

Concluzii

- Stabilitatea socio-economică în comunitățile închise, pe principiul existenței aceleaşi etnii şi a ocupațiilor ce au la bază munca fizică brută poate fi considerată un factor de încetinire a proceselor aterosclerotice chiar în prezența factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare.
- Sedentarismul este un factor de risc major.
- Fumatul, a cărui frecvență este mică în colectivitățile rurale din nordul țării, fiind caracteristic sexului masculin din această zonă care consumă până la 10 țigări/zi nu poate fi considerat un factor de risc major pentru boli cardiovasculare în această comunitate studiată.
- Consumul ridicat de pâine din făină integrală cu conținut ridicat de tărâțe şi consumul mare de mămăligă, la care se adaugă aportul suficient în alimentație a proteinelor animale ar putea fi o explicație pentru scăderea procentului bolilor cardiovasculare aterogene. De reținut este că aportul de proteine animale sunt un factor major în păstrarea echilibrului nutrițional la acest lot studiat.
- Luând în considerare criteriile O.M.S., prevalența hipertensiunii arteriale este scăzută (10%) față de restul țării. Această prevalență scăzută se datorează stabilității socio-economice a comunității, lipsei stresului psihoemoțional legat de navetism, concedieri, şomaj şi a unei alimentații echilibrate.

Scanned with OKEN Scanner

- Obezitatea, cu indice de prevalenţă crescută în România datorită disalimentaţiei (20-25%) nu depăşeşte în această comunitate procentul de 13% şi nu are corelaţii cu bolile cardiovasculare aterosclerotice bine stabilite.

- Diabetul zaharat este nesemnificativ în această comunitate, unde se desfăşoară zilnic activitate fizică intensă.

- Dislipidemiile sunt rar întâlnite.

- Alcoolismul (peste 30 g alcool consumat zilnic de persoană) este rar întâlnit în această zonă, fapt ce poate explica incidenţa scăzută a hipertensiunii arteriale şi a arteriopatiilor.

Prin ce se caracterizează modul de viaţă al acestui grup populaţional?

Aşa cum s-a subliniat, este vorba de un colectiv cu o alimentaţie echilibrată - în raport de munca depusă - bogată în proteine animale, în legume, fructe. Pe lângă munca fizică permanentă depusă (munca forestieră), obiceiurile de viaţă ale oamenlilor, fără abuz de alcool, fără tutun şi fiind diferit de stresul socio-economic sl perioadei de tranziţie, acest colsctiv a adoptat în mod practic modul de viaţă antiaterogen, care-i fereşte pe oamenii din această comunitate de bolile cardiovasculare, a căror incidenţă este în creştere în România. Este un paradox?

Nu! Este o realitate a vieţii cotidiene într-un grup social restrâns din ţara noastră.

* *
*

Alegerea sintagmei „Paradoxul român", similară cu sintagma franceză a lui Serge Renaud (1992) bazată pe constatarea rezultată din studiul MONICA al O.M.S. din anul 1984 - studiu care continuă şi în prezent -, nu este întâmplătoare. Paradoxul francez se referă la rezultatele observate la întreaga populaţie franceză (Michel de Lorgeril, Philippe Abastado, *art.cit.*, Paris, 1999), pe când „paradoxul român" are la bază rezultatele cercetărilor efectuate într-o colectivitate izolată din nordul Moldovei.

Această colectivitate formată din 1034 persoane, unde bărbaţii au ca ocupaţie principală munca forestieră, iar femeile se ocupă cu muncile agricole şi cu creşterea animalelor (în special vite), media de viaţă depăşind net în această colectivitate media de viaţă la nivelul întregii ţări, are un mod de viaţă caracterizat succint în concluziile enumerate anterior.

Reamintim că structura caloriilor din alimentaţia acestei colectivităţi izolate (2 834 ± 389 kcal/zi în medie pe locuitor, calorii compuse din 1 566

Scanned with OKEN Scanner

kcal. de origine animală, adică 55% din totalul caloriilor, şi 1 268 kcal de origine vegetală, reprezentând 45% din totalul caloriilor) este oarecum asemănătoare cu cea descrisă la francezi de studiul pe un grup populaţional de peste 13 000 persoane, efectuat de SU.VI.MAX în perioada 1995-1997. Având în vedere ocupaţia locuitorilor din această colectivitate izolată, valoarea calorică este corespunzătoare. Excesul de proteine animale, în defavoarea celor vegetale, este întâlnit şi în alimentaţia francezilor. De asemenea, francezii consumă o cantitate mică de fructe şi o cantitate relativ mică de legume. Însă, excesul de grăsimi animale provenite din untură, slănină, smântână, unt, depăşeşte pe cel existent în alimentaţia francezilor, unde 39% din kcal. provin din grăsimi, dar mai mult de jumătate din ele sunt de origine vegetală. *Ceea ce caracterizează lotul de studiu român este viaţa în mediul rural într-o colectivitate izolată, munca fizică grea, prestată aproape pe tot parcursul vieţii fiecărui om care locuieşte în această zonă, lipsa consumului de alcool (numai 12% din întreaga populaţie consumă peste 30 g alcool/zi pe locuitor) şi absenţa aproape totală a fumatului.* Sunt factori care explică: de ce există la acest grup investigat o rată scăzută a mortalităţii prin boli cardiovasculare; de ce valorile colesterolemiei sunt normale şi de ce numai 10% din populaţia adultă este hipertensivă.

În schimb la francezi, deşi există o colesterolemie medie crescută, mortalitatea cardiovasculară scăzută faţă de celelalte ţări din Uniunea Europeană se explică prin consumul de vin roşu bogat în resveratrol, acesta din urmă fiind un polifenol cu acţiune antioxidantă foarte puternică (Sophie Coisne, *art. cit.*, Paris, 1999).

* *
*

Explicaţia „paradoxului francez" este combătută recent[19], prin aşa numita „*The time lag explanation*" (timpul de acţiune întârziat al hipercolesterolemiei), de către autorii englezi Malcolm L. şi Wald N. Aceştia susţin că pentru a acţiona, hipercolesterolemia - consecinţă a unei alimentaţii bogate în grăsimi animale - are nevoie de cel puţin 25 - 30 de ani de acţiune. Din studiile existente ar reieşi că francezii consumă cantităţi mărite de grăsimi saturate de relativ puţin timp încoace, începând cu anii 1965 - 1970 (spre deosebire de celelalte popoare, cum ar fi de exemplu englezii şi americanii, care consumă cantităţi mari de grăsimi saturate de mult mai mult timp înaintea francezilor). Bineînţeles că la acţiunea nocivă a grăsimilor se adaugă fumatul, consumul de alcool etc.

Scanned with OKEN Scanner

Franţa nu este singura ţară cu mortalitate scăzută prin boli cardiovasculare în raport cu consumul de grăsimi. Mortalitate scăzută întâlnim şi în Spania, Italia, Belgia şi în special în Japonia. Comun în aceste ţări este creşterea relativ recentă a consumului de grăsimi animale şi consecutiv a colesterolului din sânge (susţin autorii englezi).

În Marea Britanie se consumă cantităţi mari de grăsimi saturate de multă vreme (încă din perioada 1880 - 1936), iar vârful mortalităţii prin cardiopatie ischemică a fost atins în anul 1971 (rămânând apoi în platou).

Faptul că în ţările industrializate mortalitatea cardiovasculară a început să scadă începând cu anul 1975, este efectul introducerii tratamentului preventiv, a îndepărtării factorilor de risc. S-a constatat că mortalitatea prin boli cardiovasculare scade la un nivel crescut după circa doi ani de reducere a hipercolesterolemiei. Persistenţa mortalităţii scăzute în Franţa nu s-ar explica numai datorită consumului de vin roşu ci şi consumului de aspirină, anticoagulante, β- blocante etc. (consumul fiind mai crescut decât în Anglia).

Aceasta nu explică de ce în Franţa în oraşul Lille mortalitatea este mai mică decât în oraşul Belfast, deşi colesterolemia este mult mai mare.

De asemenea, n-ar explica de ce în România, unde consumul de calorii vegetale este de 79%, iar a celor animale de 21% (spre deosebire de ţările occidentale unde consumul de calorii animale este dublu) mortalitatea prin boli cardiovasculare este cea mai mare din Europa (în semestrul I 1999 mortalitatea prin boli cardiovasculare era de 836/100 000 locuitori, în timp ce în Franţa aceasta era de 191/100 000 locuitori).

În România 34% din locuitori trăiesc sub limita de sărăcie, consumul de grăsimi animale fiind de multă vreme ridicat, mai ales în regiuni ca Banat şi Transilvania.

Deşi hipercolesterolemia, consecinţă a consumului crescut de grăsimi animale, se întâlneşte în mai multe regiuni din ţară, totuşi mortalitatea prin boli cardiovasculare este de două ori mai mică în anul 1970 decât cea din anul 1999.

Cea mai mică mortalitate prin boli cardiovasculare în România este în judeţul Braşov (531 $^{o}/_{oooo}$, judeţ în care cantitatea de grăsimi animale consumate de multă vreme este una dintre cele mai mari, iar cantitatea de alcool consumată zilnic este de 66,9 g/cap locuitor (176,6% faţă de maximum admis). Însă, este judeţul în care se depune o muncă fizică brută intensă, asistenţa medicală este foarte bună, iar populaţia are un standard intelectual ridicat.

În schimb, printre cele mai crescute rate ale mortalităţii prin boli cardiovasculare din România se numără judeţele din câmpia Munteniei (Teleorman, cu cea mai crescută rată a mortalităţii [1273 $^{o}/_{oooo}$], Giurgiu [1051 $^{o}/_{oooo}$], Brăila [927$^{o}/_{oooo}$], Călăraşi [873$^{o}/_{oooo}$] etc.).

În aceste judeţe media hipercolesterolemiei (peste 2,5g/l) se întâlneşte la 50,9% din populaţie; valori crescute la tensiunii arteriale sunt întâlnite la 38,6%

Scanned with OKEN Scanner

din populație. Consumul de grăsimi animale este crescut; în schimb cantitatea de proteine animale este scăzută. Consumul de alcool ese printre cele mai mari din România (184,6 g alcool etilic zilnic pe cap de locuitor, fiind cu 638% peste media admisă).

Deşi populația este predominant rurală, mortalitatea cardiovasculară este cauzată în principal prin accidente cerebrovasculare (media de vârstă mai mare întâlnită mai des în mediul rural nu este suficientă pentru a explica rata mare a mortalității). Întrucât rata standardizată a mortalității rămâne crescută fiind de 12,4% în județul Teleorman, 12,5% în județul Giurgiu, față de rata mortalității nestandardizate care este de 16,6% şi respectiv de 15,8%

Scanned with OKEN Scanner

Partea a III-a. Concluzii generale

Modul de viaţă, nivelul de trai, precum şi situaţia catastrofală a stării de sănătate a populaţiei din România anilor de tranziţie (1990-1999) au fost descrise pe larg în capitolele anterioare. Sintetizăm în concluzii finale factorii nocivi care au contribuit la deteriorarea severă a stării de sănătate a populaţiei din România:

1. Stresul socio-economic ce însoţeşte procesul de tranziţie care este prelungit în mod exagerat. Situaţia economică deteriorată în ultimii trei ani continuă şi în anul 2000 să „meargă" pe acelaşi drum. Ţara noastră este în prezent unul dintre cei mai slabi membrii ai grupului C.E.F.T.A. Ritmul mediu anual al scăderii producţiei industriale în perioada anilor 1991-1999 a fost de 7,15% (Ponderea industrială din P.I.B. a scăzut sub 28%). În anul 1999 P.I.B.-ul a scăzut la nivel de ţară cu 3,2% faţă de anul 1998. Pe cap de locuitor P.I.B.-ul a fost de numai 27,8% din P.I.B.-ul pe cap de locuitor în ţările Uniunii Europene.

Ponderea populaţiei ocupate în agricultură - cu toate dezvantajele existente în mediul rural din România - depăşeşte 38% comparativ cu ţările Uniunii Europene, unde populaţia ocupată în agricultură este mai mică de 10%, iar în S.U.A. aceasta este sub 3%. Ponderea sectorului agricol din P.I.B. a continuat însă să scadă în România, de la 20% în anul 1990 la 13,9% în anul 1999. Investiţiile străine sunt în România cele mai reduse comparativ cu cele din grupul ţărilor aflate în perioada de tranziţie: sub 200 Euro pe cap de locuitor.

Bugetul anului 2000 nu este încă aprobat şi nu ştim dacă se va păstra la parametrii optimişti prognozaţi de guvern.

2. Starea de sărăcie accentuată a unei mari părţi a populaţiei ; conform Raportului P.N.U.D. şi C.N.S. din luna septembrie 1999, existau în România un număr de peste 7,6 milioane persoane (aproximativ 34% din populaţia României) care trăiau sub limita oficială a pragului de sărăcie, prag considerat a fi, din punct de vedere financiar la acea dată, de 683 436 lei /persoană, la o valoare a dolarului de 16 423 lei.

3. Şomajul accentuat ce reprezintă aproximativ 11,5% din populaţia activă a ţării (ajutorul de şomaj în luna octombrie era în medie de 522 932 lei/ persoană).

4. Veniturile mici lunare ale pensionarilor (în medie de 644 808 lei/persoană); este de reţinut că numărul pensionarilor depăşeşte cifra de 5 900 000 locuitori.

5. Veniturile mici ale personalului activ (salariul mediu al personalului activ fiind de aproximativ 1 600 000 lei lunar de persoană).

6. Ponderea mare pe care o ocupă în structura cheltuielilor financiare ale populaţiei cheltuielile pentru alimentaţia zilnică (în medie aproximativ 55% din venituri sunt cheltuite pentru alimentaţia zilnică, din care aproximativ 57% reprezintă cheltuieli pentru pâine şi cereale). Menţionăm că în ţările occidentale cheltuielile pentru alimentaţie reprezintă un procent de sub 10% din veniturile băneşti.

Scanned with OKEN Scanner

7. Sumele derizorii acordate pentru îngrijire medicală, igienă şi recreere.

8. Alimentaţia insuficientă şi necorespunzătoare din punct de vedere calitativ. deşi aportul de calorii este suficient (cu excepţia perioadei 1997-1999), alimentaţia este deficitară din punct de vedere calitativ: peste 79% din aportul de energie este de natură vegetală (caloriile provenind în mare majoritate din cereale şi leguminoase uscate) şi numai 21% este de origine animală. Predomină consumul de grăsimi animale (untură, slănină, carne grasă de porc) în Ardeal, Banat, Câmpia Munteniei, Olteniei şi în alte zone. De asemenea, predomină modalităţile tradiţionale dăunătoare de pregătire culinară a acestora (prăjeli, rântaşuri etc.).

9. Consumul foarte mare de alcool atât în mediul rural cât şi în mediul urban. În Câmpia Munteniei, Oltenia, Ardeal ş.a. consumul de alcool, în echivalent alcool etilic, variază între 70 şi 200 g/cap locuitor/zi. Pe ţară media consumului de alcool este de 78 ml /cap locuitor/zi (Comisia Naţională de Statistică, 1999). Ceea ce este demn de reţinut constă în predominanţa consumurilor de alcool ieftin (falsificat) sau fabricat în gospodărie, având grad mare de toxicitate datorită componenţei crescute de alcool metilic, alcooli superiori, amine biogene, metale grele, nitrozamine etc.

10. Extinderea ariei fumătorilor cronici în mediul urban şi în cel rural, atât la bărbaţi (42%) şi adolescenţi (40%) cât şi la femei (15%).

11. Adresabilitatea scăzută la asistenţa medicală ambulatorie şi spitalicească, lipsa de posibilităţi de diagnostic cât şi a tratamentului medical indicat, datorită mijloacelor financiare reduse. La toate acestea se adaugă, din păcate, lipsa educaţiei sanitare elementare a populaţiei.

Toţi aceşti factori contribuie la creşterea prevalenţei şi mortalităţii prin boli cardiovasculare (cardiopatii ischemice, accidente cerebrovasculare etc.), T.B.C., cancer, boli respiratorii ş.a.

* *
*

Acestea sunt cauzele care au făcut din România ţara cu cea mai crescută mortalitate infantilă şi mortalitate generală şi ţara cu cea mai scăzută medie de viaţă. Aşa se explică faptul că România se află pe primul loc în Europa la mortalitatea prin boli cardiovasculare, TBC, boli respiratorii etc.

Atâta timp cât mijloacele economice nu vor permite un nivel de trai corespunzător pentru întreaga populaţie, o asistenţă medicală calificată şi pertinentă, o educaţie sanitară eficientă la nivelul tuturor mediilor sociale, România va continua, din păcate, să ocupe acest loc nedemn în comunitatea ţărilor europene.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

Abastado Ph., *Cholesterol, maladie reélle et maladie imaginaire*, Institute Synthélabo pour le progres de la connaisance, Ed. P.U.F., Paris, 1998.

Assaman G., *Lipid metabolism disorders and coronary heart disease. Primary prevention. Diagnosis and therapy guidelines for general practice*· MMV Medizin Verlag, 1993.

Babeş Katalin, Popa A.R., Babeş A., *Ateroscleroza şi diabetul zaharat*, „Revista Medicală Naţională", nr.1, vol.II, 1998, 43-49+A70.

Bjontorp P., *Obesity*· „Lancet", 1997, 350, 423-426.

Bordin P., Bodamer O.A.F., Venkatesan S., Gray R.M., Banister P.A., Halliday D., *Effects of fish oil supplementation on apolipoprotein metabolism in normolipidemic males*, Clinical nutrition, 1998, 52, 2, 104-109.

Byinghton R., *Event reduction in patients with atherosclerosis*· Clinical cardiology, vol.20, 11/97, suppl.II, 31-35.

Chan J., Stampfer M., Rimm E. et al., *Obesity, fat distribution and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men*, Diabetes care, 1994, 17, 961-969.

Chapman M.J., Guerin M., Brukert E., *Atherogenic, dense low-density lipoproteins*, EHJ, 1998, vol.19, supplement A, A24-A30.

Chapuis P., Favier A., *Les oligoelements*, Ed. Lavoisier, Paris, 1995.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZII

* În sfera civilizației umane, definită prin tot ceea ce aparține confortului și securității, factori prin excelență de natură utilitară, un loc important l-a avut alimentația.

Umanitatea există de aproximativ două milioane de ani, iar strămoșii preumani ai hominizilor au apărut cu cel puțin patru milioane de ani în urmă. Strămoșii noștri au menținut versatilitatea alimentară a omnivorelor ce caracteriza cele mai multe primate. Alimentația, care în Miocen se baza mult pe fructe, după apariția hominizilor devine foarte bogată în carne, și treptat, după descoperirea agriculturii, se ajunge la alimentația omului de azi.

La un necesar de 3 000 kcalorii/zi se consumau 35% kcalorii de origine animală (carne) și 65% kcalorii de origine vegetală (preluate din fructe și diverse plante). Omul paleoliticului consuma 1 579,2 mg Ca față de 1 000-1 200 mg cât se recomandă azi; proporția de Na reprezenta 1/6 din necesarul omului contemporan. Cantitatea mare de calciu și de proteine preluate în proporție de 75% din carne (și numai 25% din vegetale) a făcut ca omul de tip *Cro-Magnon* să aibă oase mai mari, constituție robustă și să fie mai înalt cu 12 cm.

Alimentația omului din neolitic prezintă deosebiri notabile față de cea din paleolitic. Folosirea vaselor de lut ars a permis o pregătire mai bună a alimentelor. Aceasta a dus însă la scăderea vitaminelor. Agricultura, descoperită în urmă cu 10 000 de ani, modifică și mai mult alimentația prin creșterea proporției de vegetale consumate zilnic în defavoarea consumului de carne. Drept consecință, alimentația omului din neolitic, care semăna mult cu cea a omului de azi, a dus la scăderea treptată în înălțime a acestuia.

* Se poate spune că în cei circa două milioane de ani de existență, ființa umană a trecut prin trei mari revoluții alimentare, cu consecințe asupra stării sale nutriționale.

- Până în urmă cu zece mii de ani omul a trăit din vânătoare și produse vegetale naturale (fructe, diverse plante comestibile). Alimentația era predominant carnată. Studiile antropologice nu au găsit semne de insuficiență alimentară.
- Începând de acum zece mii de ani, prin descoperirea agriculturii și prin cultura cerealelor, prin domesticirea și creșterea animalelor, și prin diminuarea activităților vânătorești, cantitatea de glucide din alimentație crește în defavoarea cărnii. Începe procesul de diferențiere în clase și categorii sociale (privilegiați și săraci, sclavi și proprietari de sclavi).

Scanned with OKEN Scanner

- În secolul al XIX-lea au apărut în alimentația omului produsele industriale alimentare, zahărul și produsele zaharoase, produsele rafinate și suprarafinate etc. Se ajunge la o alimentație în care era posibilă carența unor principii nutritive esențiale, la acea foamete „ascunsă" de care suferă 50% din populație (lipsa de vitamine, minerale și oligominerale, proteine animale și grăsimi vegetale etc.), aceasta coexistând cu foametea evidentă, subalimentația, de care suferă încă 15% din omenire.

De la Hipocrate (secolul al V-lea î.Hr.) se știe că *„hrana este necesară întrucât alimentul conține părți din tot ce există în corpul omului"*. Intuiția lui Hipocrate a fost confirmată de descoperirile științifice ale nutrienților din ultimul secol (proteine, glucide, lipide, vitamine, minerale, oligominerale). Același medic, afirmând că „alimentele și exercițiile fizice sunt cei doi poli care concură la întreținerea sănătății", el definea „caloria modernă". De abia în anii'50 ai secolului nostru apare noțiunea, devenită internațională, de „alimentație rațională"[1], care este un factor important în menținerea stării de sănătate a individului.

În anii 1970-1980 se definește alimentația necesară menținerii unui corp sănătos și suplu, printr-o nutriție echilibrată.

În anii '80 apare cultul corpului și al formei acestuia, prin alimentație, gimnastică și suplimente vitaminice. În anii '90 apare noțiunea de aliment-sănătate, grija pentru calitatea nutrițională. Este triumful științei care propune alimentul-medicament (alicament). El trebuie să conțină principiile nutritive necesare în cantitate suficientă și echilibrate pentru menținerea unui organism sănătos, bine dezvoltat și proporționat. Concepția lui Hipocrate, născută în perioada în care filosofii descoperiseră natura, și care definește boala ca pe o rupere a echilibrului dintre organism și mediul ambiant, este confirmată de cercetările moderne. De asemenea, tot ideile lui Hipocrate stau la baza concepției că regimul unei persoane diferă de cel al altei persoane, el fiind individual. „Este mai gravă schimbarea de regim decât păstrarea lui" pentru menținerea sănătății atunci când nu se ține seama de tradiție, obiceiuri și cultura individului sau a populației din care face parte.

* Alimentul are în conștiința umană un rol de simbol, legat de tradiție, obiceiuri, precepte religioase. Alimentația este un act psiho-social, care a jucat de-a lungul timpului rolul unui organizator al schimburilor de idei și imagini, de sentimente, de gânduri, de menținere a legăturii emoționale și sociale.

---

[1] *Le quotidien du médecin*, 18 martie 1998, comunicare făcută la Congresul de dietetică de către Poire A. și Hock K.

Scanned with OKEN Scanner

În *Universalitatea alimentației* expun tocmai această idee care și-a făcut loc în știința contemporană și care ne leagă pe noi de esența existenței umane. Pentru că sursa de energie pe care o constituie alimentul nu face din om, pur și simplu, o mașină termodinamică. Și astăzi, când multe din fenomenele necunoscute ale propriei noastre ființe au fost explicate, nu se caută și nu se poate înlocui concepția spirituală despre alimentație, singura care-i dă omului sensul existenței sale.

* În acest cadru larg al concepției despre alimentație își găsește locul studiul alimentației de-a lungul istoriei la diverse popoare precum și la romani și la geto-daci, înainte de a vorbi de specificul alimentației la români.

Geto-dacii, cum erau numiți tracii de la nord de Istru (Dunăre) erau un „popor drept și viteaz", menționat ca atare în istorie de Herodot, cu ocazia luptei acestora cu Darius (514 î. Hr.). Îi găsim menționați și mai târziu (anul 335 î. Hr.) când Alexandru Macedon traversează Dunărea pentru a-i pedepsi fiindcă-i ajutau pe tribalii lui Syrmos de la sud de Dunăre. Un stat puternic geto-dac a fost întemeiat de Burebista care se întindea de la Carpații pădurоși până la munții Balcani și de la Dunărea de Mijloc la Marea Neagră. „Ajunsese să fie temut de romani" și numai asasinarea lui (în același an cu a lui Cezar, respectiv 44 î. Hr.) împiedică un război cu aceștia. Reînvierea statului lui Burebista (care dispare după moartea lui) este făcută de Decebal (rege în perioada 87 - 106 d. Hr.) Regatul geto-dac condus de Decebal era mai puțin întins dar mai bine organizat. El ajunge dușmanul Romei. Cucerirea statului dac de către Traian nu însemna dispariția poporului dac[2].

Romanizarea, în sens de amestec puternic, a avut loc mai ales în zona sud-vestică. În rest a fost, cu precădere, o romanizare de limbă și cultură, dar nu neapărat și de sânge. La marginea panonică a regatului dac romanizarea, ca fenomen de limbă și cultură, în primul rând, se ivise cu aproape două secole înainte de Traian. Cu un secol înainte acest fenomen atinsese Dunărea, iar în Dobrogea legiunile trecuseră chiar pe malul stâng în arealul Siret-Prut. Romanizarea s-a manifestat mai mult prin schimbarea graiului[3].Traian a continuat opera de romanizare și a organizat Dacia după principiile Imperiului Roman. Romanizarea tuturor dacilor, inclusiv a celor liberi, a continuat și după anul 271 (când Aurelian și-a retras legiunile). După retragerea lui Aurelian aici au pătruns dacii liberi, nu goții. Aurelian și-a retras legiunile fără dacii romanizați. Dacii nu au pierit nici în vremea lui Traian și nici după Aurelian. „*O masă omenească ajunsă la faza de*

[2] Constantiniu F., *O istorie sinceră a poporului român*, Ed. Univers Enciclopedic, 1999, București.

[3] Mehedinți S., *Vechimea poporului român și legătura cu elementele alogene*, Ed. Cartea Românească, București, 1925, p.10.

Scanned with OKEN Scanner

popor nu mai poate părăsi pământul său, ci numai se transformă, încetul cu încetul, crescând sau scăzând timp de secole şi îmbrăcând forme noi de viaţă" (Mehedinţi S., *op. cit.*, 1925).

Acest popor (o insulă de latinitate care, izolată fiind, a rezistat de-a lungul secolelor, păstrându-şi unitatea de limbă, credinţă şi obiceiuri, cu toate furtunile istoriei) a avut şi are încă un specific alimentar care-l deosebeşte de toţi vecinii săi (rezultatele cercetărilor documentare făcute le-am expus în diverse lucrări monografice apărute între anii 1967şi1993). În lucrările publicate până acum am promovat ideea susţinută de istorici [4] că omul se adaptează şi îşi creează genul de viaţă. Genul de viaţă pe care sociologii l-au numit „păstori de oi cu agricultură secundară" este modul de viaţă care a dăinuit cândva în toţi munţii Europei sudice până în ţinuturile munţilor Carpaţi. Pe lângă factorii climatici şi economici există, în diferenţierea tipurilor alimentare, şi factorul etnic. Poporul român face parte din zona răsăriteană şi sudică a Europei, unde s-au păstrat mai bine ca în Occident caracterele arhaice ale hranei, cu rădăcini foarte puternice în trecut, acestea fiind strâns legate de ciclurile culturale şi de genurile străvechi de viaţă ale popoarelor. În această zonă culturală şi economică, alimentaţia poporului român conservă particularităţile care o deosebesc de alimentaţia popoarelor vecine.

Şi în ceea ce priveşte spaţiul românesc, putem afirma că relieful şi clima au determinat tipul de cultură a cerealelor la noi: teritoriul situat la limita de nord a zonei sudice oferă condiţiile optime pentru cultura unor tipuri de cereale - în vechime, pentru cultura meiului şi grâului, iar mai târziu pentru cultura porumbului -, la nord fiind zona optimă pentru cultura ovăzului şi secarei, la răsărit pentru grâul de primăvară, orz, hrişcă, secară.

Acest climat de tranziţie, numit de Simion Mehedinţi „climat getic" este excepţional pentru cultura meiului şi mai târziu a porumbului. Meiul pare să fi fost temelia hranei locuitorilor din Ţările Române până în timpurile moderne când locul lui a fost luat de porumb.

* Două sunt caracterele dominante ale alimentaţiei poporului român şi care s-au păstrat mult timp: *„hrana predominant cerealieră şi lipsa panificaţiei în alimentaţia zilnică"*. Hrana cerealieră era o caracteristică a alimentaţiei rurale de pretutindeni. *Lipsa panificaţiei în alimentaţie caracteriza alimentaţia ţăranului român.*

---

[4] Constantin C. Giurescu, Dinu C. Giurescu, *Istoria românilor din cele mai vechi timpuri până astăzi*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

Vremurile tulburi i-au silit pe românii de origine daco-romană, acum ruralizați de năvălirile barbare, să se stabilească în jurul lanțului munților Carpați, pe văi, dealuri, plaiuri și în regiunile subcarpatice. Orașele fiind distruse de năvălitori, întreaga viață s-a ruralizat. Au luat naștere obștiile sătești. Populația a adoptat ca mijloc de trai agricultura de dealuri, văi și plaiuri, a regiunii subcarpatice și creșterea vitelor, mai ales a oilor. Așa a luat naștere transhumanța. Gospodăriile fixe erau localizate în depresiuni și sub munte, iar crescătorii de oi mergeau cu oile la pășunat de la munte la stepele și bălțile de pe marginea domeniului carpatic (iarna) și reveneau primăvara la munte. Această transhumanță, întâlnită la români, este o adaptare activă la mediu, un exemplu de echilibrare între economia montană cu cea de stepă și de baltă. În felul acesta se putea crește și întreține multe oi. Cercetările efectuate asupra acestui fenomen arată că turmele de oi nu depășeau decât rareori locurile unde erau români. Era o transhumanță ce nu depășea meleagurile românismului decât în mod excepțional.

În ultima parte a Evului Mediu cei mai vestiți erau ciobanii ardeleni care aveau și denumiri specifice: în jurul Brașovului se numeau mocani, bârsani, săceleni sau brăneni. În apropiere de Sibiu erau mărginenii, țuțuienii etc. Trebuie să adăugăm și ciobanii de la latura externă carpatică: ucrainienii, moldovenii ș.a. Toți coborau în stepa din Câmpia Română sau în bălțile Dunării, în Dobrogea, Câmpia Moldovei, Câmpia Panonică și chiar în sudul Transnistriei. Așadar, drumurile oierilor erau radial-concentrice: mergeau în locuri diverse și distanțate dar se întorceau pe areale foarte apropiate, în cercul pajiștilor alpine (Posea Gr., *op. cit.*, 1999).

Transhumanța a contribuit la desăvârșirea unității graiului românesc. Limba se unifică „acolo unde oamenii sunt în contact permanent între ei și deci simt tot timpul nevoia să se înțeleagă unii cu alții”[5].

Transhumanța a avut la români acest rol. La acest lucru a contribuit și faptul că niciodată, la început, feudalismul autohton, survenit la noi mult mai târziu decât în Occident, nu lega țăranul de pământ. El a circulat liber. Când a apărut legarea de pământ era prea târziu, limba deja se formase într-un tot unitar. Același lucru s-a întâmplat și pe vremea romanilor, ajungându-se întâi la latinizare și apoi la formarea limbii române.

Formarea limbii române unitare este, după originea daco-romană, cel mai important lucru în istoria formării poporului român.

---

[5] Graur Al., *Unitatea limbii române*, Ed.Academiei, București, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

Spațiul nostru geografic este caracterizat de forma de cerc a munților Carpați, un cerc care nu este masiv, de netrecut, ci compus din masive mici și culmi restrânse, din depresiuni și văi, care se dispun transversal, trecând din Transilvania către exterior. O altă dispunere, lineară sau în arc spre exemplu, ar fi influențat în cu totul alt mod circulația oamenilor, sistemul așezărilor, a trecerii peste munte etc. Legăturile dintre segmentele și masivele carpatice se face prin intermediul depresiunilor și văilor. S-a favorizat prin aceste dispuneri un sistem de drumuri ce permitea circulația oamenilor, mărfurilor, oilor, mai ales în sens radial către și dinspre Transilvania sau de la Carpați către exterior și invers.

Rolul unificator al munților Carpați și al Transilvaniei a funcționat ca o permanență în istoria și viața poporului român, atât sub aspectul economico-social cât și în apărarea și păstrarea neamului și a limbii. *Putem afirma cu toată siguranța că dacă n-ar fi existat munții Carpați, n-ar fi existat nici poporul român.* (Posea Gr., *op. cit.*,1999).

Nevoia de migrațiune a turmelor, nevoia de a locui în această perioadă în munți, pe dealuri și văi (și mai puțin în câmpii, care erau lipsite de apărare) datorită furtunii create de migrațiunea popoarelor barbare, face ca și agricultura să fie rudimentară, viața impunându-le „cultura de cereale cu vegetație scurtă, limitată la lunile mai - iulie"; aceste condiții le îndeplinesc cerealele nepanificabile, în special meiul și orzul. Constrânși de aceste vremuri tulburi, la cultura cerealelor nepanificabile strămoșii noștri au rămas multă vreme adepții fierturilor, a mămăligii, a mălaiului. Mămăliga noastră își găsea rude în „polenta" italiană, „papa" spaniolă, iar „turtele" noastre semănau cu ceea ce se mănâncă în sudul Franței, Italiei și Spaniei.

Condițiile geografice și antropogeografice care au influențat o populație timp de milenii întipăresc obiceiuri alimentare ce se păstrează cu tenacitate.

Locul meiului l-a luat mălaiul de porumb, introdus în Țările Românești la sfârșitul secolului al XVII-lea și începutul secolului al XVIII-lea. Cultura porumbului devine prioritară în cultura de cereale, fenomen favorizat în acea perioadă și de faptul că turcii, la care Țările Române erau tributare, acceptau tributul sau rechiziționau numai grânele.

Alimentația populației din țara noastră s-a caracterizat prin bogăția sa în cereale, lapte și produse lactate, verdețuri. *Nici un popor din Europa n-a păstrat în alimentație un număr atât de mare de plante de culegere*; condițiile agriculturii de munte (văi, dealuri, depresiuni subcarpatice) nu erau prielnice culturii intensive a zarzavaturilor și grădinăritului. Consumul de carne era destul de scăzut (caracteristic păstorilor care nu-și distrug turmele).

Până la începutul secolului al XVIII-lea alimentația s-a păstrat echilibrată din punct de vedere al principiilor nutritive și suficientă caloric.

Scanned with OKEN Scanner

* La sfârșitul secolului al XVIII-lea, în mod deosebit însă în secolul XIX și la începutul secolului XX, țărănimea sărăcește, terenurile afectate păşunatului se restrâng în favoarea transformării lor în terenuri agricole pentru cultivarea de grâne (solicitate la export). Toate aceste transformări influențează negativ alimentația populației rurale (în mod deosebit). Alimentația de bază a țăranilor devine mămăliga de porumb și verdețurile de culegere. Consumul de proteine animale (ouă, carne, lapte, brânză) scade semnificativ.

Consecința scăderii în alimentație a consumului de proteine animale precum și a consumului excesiv de mălai din porumb se găseşte la originea instalării pelagrei. Primele cazuri sunt semnalate în anul 1846. Toate publicațiile din cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea menționează deteriorarea gravă a alimentației țăranului român pe întreg teritoriul țării. Împroprietărirea țăranului din anul 1864 nu a schimbat situația. La începutul secolului al XX-lea țara noastră era printre primele din Europa în ceea ce priveşte rata mortalității generale și a mortalității infantile. Peste 35% din copii mureau datorită subalimentației, în primul an de viață. În anul 1906 N. Lupu scria [6] că *„țăranul român se hrăneşte exclusiv vegetal... - nu trebuie să pretinzi activitate intelectuală, muncă grea și continuă la o astfel de hrană"*.

La începutul secolului al XX-lea vestigiile feudale continuă să se mențină în agricultură. După împroprietărirea țăranilor din anul 1918, hrana țăranului rămâne la fel de dezechilibrată, deşi posibilitățile sale de consum s-au îmbunătățit. Urmările primului război mondial au un impact profund asupra vieții țărănimii. Aceleași probleme se fac resimțite și în situația socio-economică a muncitorilor, micilor funcționari, micilor meseriași și a micilor negustori de la oraşe ale căror venituri nu depăşesc cu mult veniturile medii de la țară. Ancheta efectuată în rândul copiilor școlari ai anilor 30 (atât în mediul urban cât și în cel rural) pun în evidență starea de subnutriție la 41,1% dintre cei cercetați (procentul copiilor subnutriți din mediul urban era mai mare decât în mediul rural - 40% față de 37,9%). Procentul subnutriților creştea cu vârsta [7].

Cercetări ale unor reputați oameni de știință cum ar fi Benetato (mediul urban și rural din Transilvania în perioada anilor 1933-1939), Enescu [8] (mediul urban și rural din Moldova în perioada anilor 1929-1935), Claudian, Georgescu (în toată țara, perioada anilor 1935-1939) ajung la următoarea concluzie: alimentația populației din mediul

[6] N.Lupu, *Alimentația țăranului*, în „Viața Românească", 1906, Ed. Dacia, Iași.

[7] Banu G., *Cercetări asupra alimentației copiilor de școală în România*, „Revista de igienă socială", 1935, 2.

[8] Enescu M., *Situația economică a populației rurale în raport cu sănătatea publică și igiena*, „Revista de igienă socială", 1935, 5.

Scanned with OKEN Scanner

rural şi a unei părţi din mediul urban se caracteriza printr-un consum foarte ridicat de glucide (provenite în special din cereale-porumb). În Banat şi Transilvania structura caloriilor era mai bogată în produse de origine animală (35% faţă de 29% cât era media pe ţară). În Vechiul Regat şi Basarabia procentul caloriilor de origine animală era sub 23% . În Transilvania şi Banat consumul de pâine şi grăsimi acoperea în cea mai mare parte nevoile energetice ale organismului. În Moldova, Oltenia şi Muntenia alimentaţia locuitorilor o constituiau cerealele într-o proporţie impresionantă (70-95% din acestea era reprezentată de porumb). În Bucovina, Transilvania, Dobrogea, Basarabia de sud consumul de mălai nu depăşea 50% (fiind înlocuit cu pâine). Cele mai consumate alimente de origine animală erau laptele şi derivatele lui. Totuşi, consumul de lapte era mai redus la noi (cu excepţia Transilvaniei şi Bucovinei) decât în ţările Europei Occidentale (200-300 ml zilnic/ cap de locuitor faţă de 500-1000 ml zilnic/ cap locuitor în Occident). Consumul de lapte era suplinit, în unele regiuni, de consumul de brânză. (Brânza se consuma ca aliment de bază şi nu ca desert. Mămăliga consumată împreună cu brânză nu exista nici în alimentaţia locuitorilor din Franţa, nici în Germania, nici în Anglia. Nu exista în alimentaţia popoarelor menţionate nici brânza cu smântână, nici telemeaua, nici brânza de burduf). Consumul de carne era foarte scăzut (cu excepţia Banatului şi Transilvaniei), acesta fiind de 2-3 kg/an/persoană în mediul rural şi ajungând la 23 kg/an/persoană în mediul urban. Consumul de ouă era, de asemenea, restrâns mai ales în alimentaţia celor din mediul rural.

Concluziile asupra alimentaţiei populaţiei din acea vreme sunt următoarele:[9]

- aportul caloric era suficient, caloriile provenind în special din cereale;
- alimentaţia era monotonă, nefiind diversificată din punct de vedere culinar;
- proteinele totale consumate erau suficiente (11-15% din raţia totală). Proteinele animale consumate erau insuficiente (12-23% din cantitatea de proteine totale faţă de 45-50% cât se recomandă);
- cerealele furnizau în majoritatea regiunilor (cu excepţia Banatului şi Transilvaniei) peste 50% din totalul caloriilor şi 40% din totalul proteinelor;
- consumul excesiv de porumb (46,7% din totalul general) determină perpetuarea pelagrei (cu caracter endemic);
- insuficienţa consumului de lapte favorizează insuficienţa aportului de calciu;
- alimentaţia era, în multe regiuni, săracă în grăsimi, mai ales grăsimi vegetale (fiind bogată în grăsimi animale, mai ales în Transilvania şi Banat);
- hipovitaminozele, evidente în regiunile pelagrogene, erau frecvent întâlnite şi în alte zone.

---

[9] Georgescu D.C., *Nivelul şi compoziţia alimentaţiei populaţiei noastre rurale pe provincii*, „Revista de Igienă Socială", 1940, 1.

Scanned with OKEN Scanner

Pâinea dospită, mălaiul, turta de făină de porumb nedospită și mămăliga cu variantele ei erau principalele produse preparate din cereale. În Transilvania, Banat, Bucovina, Dobrogea și Basarabia de sud pâinea era consumată zilnic, ca un complement al mâncării, așa cum se întâmpla și la oraș. Pâinea din făină de porumb se prepara în unele regiuni muntoase ale Transilvaniei (Bistrița-Năsăud) și semăna cu turta de mălai. În Vechiul Regat pâinea avea un rol restrâns în alimentație, fiind consumată numai în 1/3 din zilele unui an.

Claudian [10] conchide că *„alimentația în mediul rural este o problemă economică înainte de a fi una culinară". „Există în țara noastră regiuni cu un regim alimentar superior celui din Vechiul Regat - în Transilvania și Banat".*

* După anul 1950 urmează o perioadă de prefaceri economice și de grele încercări și nu numai pentru țărănime. Colectivizarea agriculturii încheiată în linii mari în anii 1954-1955, datoriile de război impuse ca unei țări ocupate și prefacerile sociale impuse de noul regim, au avut consecințe asupra sistemului și posibilităților de alimentație ale populației din întreaga țară, atât din mediul rural cât și în mediul urban. Modificarea vieții sociale, a ocupațiilor (55% din populația țării fiind atrasă treptat în mediul urban) și a nivelului cultural a dus la schimbarea tipului de alimentație.

În perioada 1949 -1958 (când pelagra în stare endemică încă mai exista în multe comune din țară) din studiul alimentației populației reiese că în mediul rural, la un regim caloric acceptabil, predomina consumul mare de glucide provenite în special din cereale (60-70% din acestea fiind din consumul porumbului), iar cantitatea de proteine animale consumate era foarte mică (12-20 g). Cercetările făcute în anul 1979 [11] au demonstrat că, față de anii 1950, 1957 și 1964, alimentația țăranilor s-a îmbunătățit în mod real. Consumul de pâine a preluat în mare parte consumul de mămăligă, iar diversificarea alimentației a determinat creșterea consumului de proteine animale (brânzeturi, ouă, lapte, carne)[12]. Alimentația în mediul rural și cel urban a devenit echilibrată în principii alimentare[13].

---

[10] Claudian I., *Alimentația în cadrul antropogeografiei*, „Revista de igienă socială", 1940.
[11] Dumitrache S și colaboratorii, *Structura alimentației și starea de nutriție a unor eșantioane de populație din localitățile rurale* - a XII-a consfătuire „Zilele diabetologiei românești", Cluj-Napoca, 1986.
[12] Dumitrache S., Albu A., *Aspecte ale alimentației unor colectivități rurale în anii 1980-1985. Alimentația țăranului în România*, București, p.274-310.
[13] Mihăilescu M. și colaboratorii, *Unele aspecte ale alimentației populației noastre rurale*, a XXVII-a Sesiune Științifică a I.I.S.P., București, 1982, 31.

Scanned with OKEN Scanner

Studii efectuate între anii 1982 şi 1985 subliniază că [14]:

- aportul caloric s-a situat în limitele normale; *existau deficienţe în consumul de proteine, mai ales în regiunile rurale.* Carenţele în consumul de proteine animale s-au observat în mediile rurale mai ales la copii, datorită insuficienţei aportului de carne, lapte şi brânză;

- aportul de grăsimi animale, leguminoase, pâine, mălai şi ouă era excedentar.

Cercetările lui Tănăsescu [15] arată că, în comparaţie cu anii 1950,1957 şi 1964, *în anul 1978 se constată o ameliorare a dezvoltării fizice şi psihice a copiilor; atât în mediul rural cât şi în cel urban.* Comparativ cu anul 1957, în anul 1978 nou născuţii din mediul urban au crescut de la 50,3 cm la 51,6 cm şi de la greutatea de 3,2 kg la greutatea de 3,5 kg. Comparativ cu anii 1950 contingentele de băieţi au crescut în anul 1978 cu 2,5-12,4 cm, iar fetele cu 2,1 - 8,5 cm. Greutatea copiilor cu vârsta de 7 ani din anul 1960 era atinsă la vârsta de 6 ani de băieţii din mediul urban.

Media de viaţă a crescut, de la 42,1 ani cât era în anul 1932, la 69,54 ani în perioada anilor 1977-1979 [16].

* Analiza situaţiei socio-economice în corelaţie cu nivelul de trai în prima etapă a procesului de tranziţie (1990-1998) se caracterizează prin:

- natalitate în continuă scădere (16‰ în anul 1989; 10,5 ‰ în anul 1998 şi 10,7 ‰ în anul 1999);

- mortalitate generală în creştere de la 10,7‰ la 12‰ în anul 1998 şi la 11,9 ‰ în primele 9 luni ale anului 1999;

- spor negativ al populaţiei (-1,5‰ în anul 1998). Trebuie menţionată îmbătrânirea populaţiei prin scăderea numărului de copii de la 28,8% cât era în anul 1989 la 23,64% în anul 1998.

Efectuând o analiză a indicatorilor demografici pe primele 9 luni ale anului 1999[17], comparativ cu aceeaşi perioadă a anului 1998, au rezultat următoarele date:

- a scăzut numărul celor născuţi vii (10,7‰ în anul 1999 faţă de 10,8‰ în anul 1998);

- mortalitatea infantilă la copii cu vârsta sub 1 an a scăzut (18,3‰ în anul 1999 faţă de 19,6‰ în anul 1998);

- mortalitatea generală a rămas constantă (10,7‰);

[14] Mincu I., *Impactul om-alimentaţie*, Ed. Medicală, 1993, Bucureşti, p.274-310.
[15] Tănăsescu C., Mănescu S., *Igiena copilului şi adolescentului*, Tratat de Igienă, vol.III, Ed. Medicală, Bucureşti, 1986.
[16] Comisia Naţională de Statistică, 1979.
[17] Comisia Naţională de Statistică, comunicat din 26 martie 2000.

Scanned with OKEN Scanner

- sporul natural al populației a scăzut de la -1,1‰ în anul 1998 la -1,2‰ în anul 1999.

Față de 23 152 000 locuitori existenți în România anilor 1989, la 31 decembrie 1999 existau 22 503 803 locuitori.

În raport cu populația activă exista o rată a șomajului de 12% în luna ianuarie 1999 și de 11,5% în luna ianuarie 2000.

Populația activă a României era de 11 520 000 persoane la 31 decembrie 1998. (Analiza arată ponderea ridicată a persoanelor inactive -55,8% fiind pensionari, elevi, studenți. De șomeri nu amintim, căci din punct de vedere statistic aceștia sunt încadrați în grupa de persoane active). În luna februarie 2000 salariul mediu net pe economie[18] a fost de 1 748 052 lei (când valoarea unui dolar era de 18 600 lei la începutul lunii februarie și 18 800 lei la sfârșitul lunii februarie), fiind cu 1,3% mai mare față de salariul pe luna ianuarie 2000; salariul brut pe luna februarie a fost de 2 278 621 lei, fiind cu 0,6% mai mare decât salariul brut pe luna ianuarie 2000. Deci am asistat și asistăm și în continuare la o scădere continuă a nivelului de trai (89,7% față de luna decembrie 1998 și 64,2% față de luna decembrie 1990),

Ajutoarele de șomaj erau de 522 932 lei la nivelul lunii octombrie 1999. La 400 000 de șomeri le-au expirat perioadele de acordare a plăților compensatorii ceea ce înseamnă 35,84% din numărul total de șomeri.

La 31 decembrie 1998 existau 5 787 532 de pensionari. (În iulie 1999 numărul pensionarilor era de 5 913 000.Aceștia reprezentau 44,37% dintre adulții cu vârsta de 18-62 ani, procente împovărătoare pentru orice societate). Venitul mediu al pensionarilor care beneficiază de asigurări sociale de stat a fost, în trimestrul III al anului 1999, de 685 347 lei (în ianuarie 1999 fiind de 644 808 lei). Un număr de 1 699 141 dintre pensionari sunt pensionari agricoli (pensiile lor variind între 10 000 și 180 000 lei). Peste 52% dintre pensionarii din mediul urban, care beneficiază de asigurări sociale de stat (pensii până la 522 000 lei lunar de persoană), locuiesc în blocuri. Conform cu datele prezentate de Comisia Națională de Statistică, după achitarea tuturor cheltuielilor legate de întreținere, unui pensionar îi rămân pentru hrană suma de 30 000 lei lunar (o pâine la două zile).

Starea de înapoiere existentă în peste 95% din satele românești (84% din teritoriu și 45% din populație, respectiv 10 155 000 oameni) este factorul principal care determină refugiul celor tineri la orașe, la sate rămânând în mare majoritate doar vârstnicii.

---

[18] În luna februarie 2000 cel mai mare salariu a fost la instituțiile financiare (4 966 049 lei), iar cel mai mic salariu a fost în învățământ (1 064 396 lei), acestea fiind în scădere cu 10% față de luna ianuarie 2000 (C.N.S.).

Scanned with OKEN Scanner

Absența infrastructurilor necesare unui trai civilizat (străzi asfaltate, șosele de comunicație moderne pentru legătura cu orașele, rețele de alimentare cu apă și canalizare absente în majoritatea covârșitoare a satelor, rețele de distribuție a energiei electrice și telecomunicații insuficient reprezentate, starea locuințelor și inexistența dotărilor interioare pentru acoperirea nevoilor fiziologice, slaba dotare tehnică cu radiouri, televizoare, mașini de spălat, aragazuri, cuptoare electrice etc., lipsa unor mijloace de transport personale cum ar fi automobilele, motocicletele sau bicicletele precum și lipsa mijloacelor de transport în comun) este una din consecințele stării de sărăcie avansate în care trăiește marea majoritate a țărănimii și care determină refugiul acesteia la orașe.

Legea nr.18/1991, modificată de Legea nr.169/1997 și Legea nr.1/2000 privitoare la împroprietărirea agricolă, nu-și va dovedi eficiența atâta timp cât vor lipsi mijloacele tehnice necesare și managementul necesar unei productivități ridicate a muncilor agricole. În actuala repartiție a terenurilor agricole existente în mediul rural (fiecărei gospodării revenindu-i în medie o suprafață agricolă care este mai mică de 2,3 ha pământ), aceste deficiențe în ceea ce privește dotarea tehnică din agricultură fac imposibilă existența unei economii agrare puternice și eficiente, așa cum se cere în agricultura capitalistă.

De aceea nu este de mirare că în anul 1999 a avut loc un declin accentuat al agriculturii față de anul 1998, fapt previzibil, din păcate, și pentru anul 2000. Astfel, producția de grâu și de secară a fost cu 10,1% mai scăzută decât în anul 1998 (an cu o producție agricolă insuficientă); producția de orz și orzoaică a fost cu 17,7% mai scăzută decât în anul 1998; producția de sfeclă de zahăr a fost cu 40,1% mai scăzută și producția de fructe a fost cu 9,2% mai scăzută decât cea din anul 1998. Creșteri s-au observat la producția de cereale boabe (la porumb producția înregistrând creșterea de +26,8%), cartofi (+19,2%) și plante uleioase (+21,9%). Zootehnia s-a aflat în continuare în regres față de anii anteriori. Astfel, numărul de porcine și caprine a scăzut cu 17,3%, iar cel de ovine a scăzut cu 5,2%. Numărul bovinelor a înregistrat un plus nesemnificativ de 0,4%, ceea ce echivalează cu un plus de 12 200 capete de bovine.

Sărăcia din România a ajuns la cote alarmante. La data de 31 decembrie 1998 peste 7,6 milioane de persoane făceau parte din populația săracă a României (33,8 din populație, conform Raportului Comisiei Naționale de Statistică și Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare), considerându-se ca limită a sărăciei, în septembrie 1999, persoanele cu un venit mediu de 683 436 lei. La acea dată salariul mediu pe economie era de 1 600 000 lei (echivalent cu aproximativ 100 de dolari S.U.A.).

În anul 1995 trăiau sub limita de sărăcie 5,7milioane persoane (25,3% din populație); în anul 1996 erau 4,4 milioane persoane sărace (19,9% din populație) și în anul 1997 erau 7 milioane oameni săraci (30,8% din populație). Populația cea mai săracă se găsește în zonele din nord-estul țării. Populația cu un grad mai

Scanned with OKEN Scanner

mic de sărăcie se găsește în zonele din vestul și nordul țării. Cea mai mare sărăcie (60 din 100 de persoane) se găsește la gospodăriile de țărani și de pensionari. Din numărul total al săracilor, 39% provin din gospodăriile salariaților.

Tot în plan social este important de remarcat faptul că la începutul anului 2000 existau în jur de 788 000 de analfabeți având vârsta de peste 12 ani, care reprezintă aproximativ 4% din populație (sursa Institutul Național de Științe ale Educației, Comisia Națională de Statistică), date cuprinse în raportul autorităților române către U.N.E.S.C.O. pentru Conferința *„Educația pentru toți în Europa și America de Nord"* ce a avut loc la Varșovia (perioada 6-8 februarie 2000). Cea mai mare rată a adulților care nu știu să scrie și să citească se înregistrează în rândul femeilor (75% din totalul analfabeților) și a persoanelor având vârsta peste 65 de ani (aproape 52% din totalul analfabeților). La grupa de vârstă sub 34 de ani rata cea mai mare a analfabeților se constată la cei având vârsta între 15 și 19 ani.

* Consecințele sărăciei pe termen lung (a scăderii nivelului de trai) sunt alterarea stării de sănătate a populației respective și, ceea ce este foarte grav, ca o consecință directă a scăderii proteinelor animale din consum, scăderea dezvoltării fizice și psihice a copiilor.

Starea de sănătate a populației (pe baza unui studiu internațional efectuat în anul 1998) situează România printre ultimele țări din Europa. Rata mortalității generale este în continuă creștere comparativ cu țările din jur. Diferențiată pe medii, rata mortalității este mult mai mare în mediul rural decât în mediul urban.

Din analiza mortalității prin boli cardiovasculare, în continuă creștere (458,1 /100 000 locuitori în anul 1970, 739/100 000 locuitori în anul 1998 și 836/100 000 locuitori în primul semestru al anului 1999) comparativ cu celelalte țări din Europa unde aceasta este în continuă scădere (650 - 700 $^{0}/_{0000}$ în anul 1970 și sub 200 - 250 $^{0}/_{0000}$ în anul 1996), se poate trage concluzia că nivelul de trai și asistența medicală deficitară au avut o influență negativă. Trebuie menționat că în categoria mortalității prin boli cardiovasculare predomină cea prin cardiopatie ischemică în toate cele 14 județe din Ardeal și cea prin accidente cerebrale în 13 din cele 15 județe din Muntenia și Oltenia, la această situație contribuind, în primul rând, alimentația dezechilibrată, bogată în grăsimi animale, consumul mare de alcool și lipsa de asistență medicală adecvată.

Mortalitatea prin tuberculoză, în creștere (de la 0,35% în anul 1980 la 0,88% în anul 1998, fiind cu 10% mai mare în primele opt luni ale anului 1999), reprezintă încă o consecință a nivelului de trai scăzut.

Scanned with OKEN Scanner

Media de viață a fost în anul 1998 de 69,2 ani (cu 8-10 ani mai puțin decât în Europa occidentală).

* Un fapt deosebit care trebuie remarcat şi în concluziile noastre (cu atât mai mult cu cât constatările din ultimii 30 - 40 de ani din România sunt unice) este evoluția particulară a prevalenței şi mortalității prin boli cardiovasculare în Franța, puse în evidență încă din anii '80 şi cunoscute sub numele de „paradoxul francez". Astfel, s-a constatat că la populația franceză crizele cardiace survin în prezența unor factori de risc identici (hipercolesterolemie, hipertensiune arterială, fumat, consum de grăsimi saturate) cu peste 50% mai puțin frecvent decât la americani sau britanici. Statistica furnizată de O.M.S. constată că mortalitatea globală prin boli cardiovasculare în Franța este cu 10% mai mică decât în S.U.A., cu 15% mai mică decât în Germania, cu 21% mai mică decât în Scoția , cu 26% mai mică decât în Anglia(unde rata mortalității Franța/ Anglia este de 1: 2,5 pentru bărbați şi 1:3 pentru femei). Studii recente ale O.M.S. pun, de asemenea, în evidență un alt fapt paradoxal: un oraş din Franța (Lille) comparat cu un oraş din Irlanda (Belfast) prezintă la bărbații de 35-64 ani valori deosebite ale colesterolemiei: 2,58 g/l - valoare medie a colesterolemiei în Lille şi 2,38 g/l în Belfast. Mortalitatea prin boli cardiovasculare în cele două oraşe se prezintă însă în raport invers: este de trei ori mai mare în oraşul Belfast (370/100 000 anual) față de oraşul Lille (12/ 100 000). Regimul de viață şi alimentația în toate țările puse în discuție sunt similare. Deosebirea remarcată la francezi în ceea ce priveşte alimentația este că ei sunt cei mai mari consumatori de vin din lume (în mod special vin roşu). S-a demonstrat conținutul bogat al vinului în polifenoli, în mod special în *resveratrol* (2 g/l în vinul roşu; 0,2 g/l în vinul alb) care sunt puternici antioxidanți (de 20-50 ori mai puternici decât vitamina E). Un consum zilnic de 250 - 300 ml de vin roşu după mese are deci un rol protector antiaterosclerotic (se ştie că o cantitate mai mică de 30 g alcool etilic consumată zilnic după mese are un rol benefic); acest fapt a fost pus în evidență şi în urma unui studiu semnificativ în S.U.A. Aşa se explică după unii autori paradoxul francez. (La aceasta s-ar adăuga şi acțiunea preventivă prin consumul crescut de acid α-linolenic, aşa numitul regim mediteraneean descris în studiul intitulat *Lyon Heart Study*).

Explicația „paradoxului francez" este combătută recent[19], prin aşa numita „*The time lag explanation*" (timpul de acțiune întârziat al hipercolesterolemiei), de către autorii englezi Malcolm L. şi Wald N. Aceştia susțin că pentru a acționa, hipercolesterolemia - consecință a unei alimentații bogate în grăsimi animale -

[19] Malcolm L., Wald N., *Why heart disease mortality is low in France: the time lag explanation*, B.M.J., vol. 318, 29 mai 1999.

Scanned with OKEN Scanner

are nevoie de cel puțin 25 - 30 de ani de acțiune. Din studiile existente ar reieși că francezii consumă cantități mărite de grăsimi saturate de relativ puțin timp încoace, începând cu anii 1965 - 1970 (spre deosebire de celelalte popoare, cum ar fi de exemplu englezii și americanii, care consumă cantități mari de grăsimi saturate de mult mai mult timp înaintea francezilor). Bineînțeles că la acțiunea nocivă a grăsimilor se adaugă fumatul, consumul de alcool etc.

Franța nu este singura țară cu mortalitate scăzută prin boli cardiovasculare în raport cu consumul de grăsimi. Mortalitate scăzută întâlnim și în Spania, Italia, Belgia și în special în Japonia. Comun în aceste țări este creșterea relativ recentă a consumului de grăsimi animale și consecutiv a colesterolului din sânge (susțin autorii englezi).

În Marea Britanie se consumă cantități mari de grăsimi saturate de multă vreme (încă din perioada 1880 - 1936), iar vârful mortalității prin cardiopatie ischemică a fost atins în anul 1971 (rămânând apoi în platou).

Faptul că în țările industrializate mortalitatea cardiovasculară a început să scadă începând cu anul 1975, este efectul introducerii tratamentului preventiv, a îndepărtării factorilor de risc. S-a constatat că mortalitatea prin boli cardiovasculare scade la un nivel crescut după circa doi ani de reducere a hipercolesterolemiei. Persistența mortalității scăzute în Franța nu s-ar explica numai datorită consumului de vin roșu ci și consumului de aspirină, anticoagulante, β- blocante etc. (consumul fiind mai crescut decât în Anglia).

Aceasta nu explică de ce în Franța în orașul Lille mortalitatea este mai mică decât în orașul Belfast, deși colesterolemia este mult mai mare.

De asemenea, n-ar explica de ce în România, unde consumul de calorii vegetale este de 79%, iar a celor animale de 21% (spre deosebire de țările occidentale unde consumul de calorii animale este dublu) mortalitatea prin boli cardiovasculare este cea mai mare din Europa (în semestrul I 1999 mortalitatea prin boli cardiovasculare era de 836/100 000 locuitori, în timp ce în Franța aceasta era de 191/100 000 locuitori).

În România 34% din locuitori trăiesc sub limita de sărăcie, consumul de grăsimi animale fiind de multă vreme ridicat, mai ales în regiuni ca Banat și Transilvania.

Deși hipercolesterolemia, consecință a consumului crescut de grăsimi animale, se întâlnește în mai multe regiuni din țară, totuși mortalitatea prin boli cardiovasculare este de două ori mai mică în anul 1970 decât cea din anul 1999.

Cea mai mică mortalitate prin boli cardiovasculare în România este în județul Brașov (531‰, județ în care cantitatea de grăsimi animale consumate de multă vreme este una dintre cele mai mari, iar cantitatea de alcool consumată zilnic este de 66,9 g/cap locuitor (176,6% față de maximum admis). Însă, este județul în care se depune o muncă fizică brută intensă, asistența medicală este foarte bună, iar populația are un standard intelectual ridicat.

Scanned with OKEN Scanner

În schimb, printre cele mai crescute rate ale mortalității prin boli cardiovasculare din România se numără județele din câmpia Munteniei (Teleorman, cu cea mai crescută rată a mortalității [1273 $^{o}/_{oooo}$], Giurgiu [1051 $^{o}/_{oooo}$], Brăila [927$^{o}/_{oooo}$], Călăraşi [873$^{o}/_{oooo}$] etc.).

În aceste județe media hipercolesterolemiei (peste 2,5g/l) se întâlneşte la 50,9% din populație; valori crescute la tensiunii arteriale sunt întâlnite la 38,6% din populație. Consumul de grăsimi animale este crescut; în schimb cantitatea de proteine animale este scăzută. Consumul de alcool ese printre cele mai mari din România (184,6 g alcool etilic zilnic pe cap de locuitor, fiind cu 638% peste media admisă).

Deşi populația este predominant rurală, mortalitatea cardiovasculară este cauzată în principal prin accidente cerebrovasculare (media de vârstă mai mare întâlnită mai des în mediul rural nu este suficientă pentru a explica rata mare a mortalității). Întrucât rata standardizată a mortalității rămâne crescută fiind de 12,4% în județul Teleorman, 12,5% în județul Giurgiu, față de rata mortalității nestandardizate care este de 16,6% şi respectiv de 15,8%

Un studiu recent efectuat într-un sat izolat din nordul Moldovei (1995 - 1998), unde locuitorii au ca principală ocupație munca forestieră (şi în subsidiar agricultura şi creşterea vitelor), iar alimentația lor este foarte bogată în grăsimi animale, pune în evidență o patologie cardiovasculară similară cu cea occidentală (spre deosebire de situația existentă în restul țării).

Acest fapt se explică prin:

- stabilitatea socio-economică într-o comunitate închisă pe principiul etnic;
- predominanța muncii fizice brute datorită ocupațiilor de bază;
- inexistența la aproape întreaga populație a fumatului (caracteristică întâlnită la toate colectivitățile rurale din nordul Moldovei);
- consumul scăzut de alcool (43% nebăutori, iar dintre băutori numai 12% depăşesc cantitatea de 30 ml alcool/zi;
- consumul mare de fibre alimentare provenit din consumul de pâine intermediară sau neagră, mămăligă şi legume (37,5 g zilnic).

S-ar putea denumi „paradox român" dar nu prin comparație cu cel francez ci cu situația existentă în prezent în România, țara cu cea mai mare mortalitate cardiovasculară şi cu cel mai bogat regim vegetarian, datorită situației socio-economice dezastruoase, lipsei de asistență medicală corespunzătoare şi subestimării educației sanitare a populației.

Scanned with OKEN Scanner

* Indicatorii economici pe anul 1999 au fost total nefavorabili pentru economia românească (Comisia Națională de Statistică, februarie 2000). Am asistat și asistăm în continuare la o scădere a valorii absolute a producției globale industriale (8,0%) care se adaugă la scăderile producției globale industriale de peste 23% a anilor 1997 și 1998. Aceste minusuri au apărut și apar în continuare în toate ramurile de activitate. De exemplu, în industria metalurgică scăderea producției era, în anul 1999, de 36,5%; în industria prelucrării țițeiului și cocsificarea cărbunelui scăderea producției era de 26,3%; în industria electronică (echipamente și aparate de radio) scăderea producției era de 25,1%; în industria textilă și a produselor textile scăderea producției era de 23,9% și în industria prelucrării cauciucului și a maselor plastice scăderea producției era de 23,4%. Ramurile unde au fost înregistrate creșteri ale producției industriale au fost următoarele: industria mobilei (+11,4%), industria aparaturii medicale și a instrumentelor medicale (+35,4%), precum și industria îmbrăcămintei și încălțămintei (+13,8%).

Exporturile românești pe anul 1999 au reprezentat o creștere de 2,5% (8,5 miliarde dolari), iar importurile au fost mai reduse decât în anul 1998 (9,3049 miliarde dolari), fapt care a contribuit la scăderea deficitului pe piața externă, care a fost de 3,0935 miliarde dolari pe anul 1998 și 1, 6565 miliarde dolari pe anul 1999.

* Strânsa relație între nivelul de trai (în mare parte deficitul alimentar) și situația gravă a stării de sănătate reiese din analiza modului de alimentație din perioada anilor 1990-1998 în România (mai ales în perioada 1997-1998), analiză redată pe larg în capitolul respectiv din lucrare. Bineînțeles, la această situație contribuie și deficiențele în asistența medicală a populației, datorate în mod special lipsei de posibilități financiare. Cifrele pe care s-a bazat analiza alimentației populației sunt cele oficiale, furnizate de Comisia Națională de Statistică și Direcția de Statistică Medicală a Ministerului Sănătății în perioada anilor 1990-1999. De asemenea, sunt redate cercetările populaționale efectuate de specialiști în această perioadă (și care concordă în mare parte cu cele ale Comisiei Naționale de Statistică).

* Situația se menține la fel de gravă și în anul 1999. În perioada analizată de către Comisia Națională de Statistică și dată publicității [20] (iulie 1998-iunie 1999), cheltuielile totale lunare pentru o gospodărie au însumat în medie 2 040,6 mii lei (venitul mediu brut pe gospodărie a fost în medie de 2 084,1 mii lei; veniturile la patroni au depășit de 2,3 ori venitul mediu, iar la șomeri venitul a fost de numai 76% din venitul mediu). Cheltuielile totale la patroni au fost în medie de 3 767,0 mii lei, de 2 756,1 mii lei la

[20] Comisia Națională de Statistică, 2000.

Scanned with OKEN Scanner

salariați, 1 928,1 mii lei la țărani și 1696,1 mii lei la șomeri și pensionari. Populația consumă 55,0% din venituri pentru alimentația zilnică (șomerii nu dispun decât de 262,8 mii lei lunar, ceea ce înseamnă sub 10 000 lei pe zi/persoană).

Structura cheltuielilor totale pe medii [21]

Cheltuieli totale	Total	Urban	Rural
	100,0	100,0	100,0
Produse alimentare	54,9	53,6	56,3
Mărfuri nealimentare	28,9	25,3	32,5
Plata serviciilor	16,2	21,1	11,2

Structura cheltuielilor totale pe medii

Cheltuieli totale	Total	Urban	Rural
	100,0	100,0	100,0
Cheltuieli de consum	80,6	78,6	82,8
Impozite, taxe, alte plăți obligatorii	10,1	14,8	5,1
Investiții gospodărești	1,5	0,7	2,3
Alte cheltuieli	7,8	5,9	9,8

* În cartea intitulată *Impactul om-alimentație* [22] sunt publicate date statistice comparative ale consumului alimentelor de bază de către populația din România în anii 1933 (an cu o situație economică sub medie), 1982 și 1992. Valorile sunt extrase din Buletinul de Statistică, Enciclopedia României [23] și Buletinele Comisiei Naționale de Statistică. În anii 1993-1998 Direcția Generală de

[21] Structura cheltuielilor totale ale unei gospodării arată că 80,6% asigură nevoile curente ale consumului (din care 55,0% pentru alimentație); 10% sunt pentru impozite și taxe obligatorii. Pentru investiții gospodărești rămân disponibile sume simbolice (0,7% în mediul urban și 2,3% în mediul rural).

[22] Mincu I., *Impactul om-alimentație*, Ed. Medicală, București, 1993, p.355.

[23] D.Gusti, *Enciclopedia României*, București, 1938.

Scanned with OKEN Scanner

Statistică a Ministerului Sănătății și Comisia Națională de Statistică a publicat date oficiale ale cercetărilor efectuate.

Redăm rezultatele comparative obținute pentru perioada anilor 1933-1998 [24] (în grame/cap locuitor/zi):

- consumul de carne și preparate din carne: 250 g/cap locuitor/zi în anul 1933; 165 g/cap locuitor/zi în anul 1982; 125 g/cap locuitor/zi în perioada anilor 1992-1996 și 117 g/cap locuitor/zi în anii 1997 și 1998;
- consumul de lapte și produse lactate/cap locuitor/zi: 200 ml în anul 1933; 500 ml în anul 1982; 448 ml în anul 1992 (consum asemănător în perioada anilor 1993-1996) și 321 ml în anul 1998 (consum asemănător în anul 1997);
- consumul de pâine/cap locuitor/zi: 440 g în anul 1933; 360 g în anul 1982; 385 g în anul 1992; 360-380 g în perioada anilor 1993-1996 și 335 g în perioada anilor 1997-1998;
- consumul de ouă/cap locuitor/zi a fost cel mai scăzut în anul 1998 (24,5 g/zi, cantitate echivalentă cu un ou de găină consumat la 2 zile);
- consumul de legume/cap locuitor/zi: 330 g în anul 1933; 450 g în anul 1982; 266 g în anul 1992 și 248 g în anul1998;
- consumul de fructe/cap locuitor/zi: 460 g în anul 1933; 230 g în anul 1982; 130 g în anul 1992; 122-131 g în perioada anilor 1993-1996 și 73 g în perioada anilor 1997-1998;
- consumul de zahăr/cap locuitor/zi: 33 g în anul 1933; 60 g în anul 1982; 67 g în anul 1992 și 31 g în perioada anilor 1997-1998;
- consumul de calorii animale/cap locuitor/an a fost în anul 1998 de 21,27%, cel mai scăzut raport până la acea dată, iar cel de calorii vegetale de 78,73%. Cantitatea de calorii totale pe cap de locuitor/zi a fost în anul 1998 de 2 624 kcalorii față de 3 039 kcalorii în anul 1990 și 2 753 kcalorii în anul 1992.

Consumul recomandat de Institutul pentru Cercetarea Calității Vieții publicat în anul 1998 este redat în tabelul 1, pg. 478. Am preluat din acest tabel numai cantitățile necesare pentru alimentele enumerate mai înainte, cantități exprimate în grame/cap locuitor/zi: 214 g carne; 316 ml lapte și 112 g brânză; 25 g ouă; 300 g pâine; 127 g cereale; 328 g legume, 158 g fructe și 69 g zahăr.

* Reamintim că la începutul anului 1999 bugetul a fost construit ținând cont de rata anuală a inflației, preconizată a fi de 25%. Bugetul realizat a fost de 100,6% față de cel aprobat. Rata inflației a fost de 54,8% în raport cu data de 31 decembrie 1998.

---

[24] Comisia Națională de Statistică, octombrie 1999.

Scanned with OKEN Scanner

Bugetul propus pentru anul 2000 este de 236 837,5 miliarde lei la venituri (32% din P.I.B.) şi 259 616,3 miliarde lei la cheltuieli (35,8% din P.I.B.), cu un deficit prognozat de 3% din P.I.B., P.I.B. pentru care a fost alocat în anul 2000 suma de 725 545 miliarde lei. Inflaţia este estimată a fi de 27%, la o valoare medie a dolarului de 20 500 lei.

În anul 1999 bugetul total a fost de 179 247,2 miliarde lei la venituri şi 189 644,2 miliarde lei cheltuieli. Inflaţia a fost de 54,8%.

* Începutul deceniului al II-lea al procesului de tranziţie către economia de piaţă este marcat de dificultăţile majore economice precum şi de mişcările sociale cauzate de sărăcie, lipsa locurilor de muncă, scăderea producţiei economice şi restructurările care au ca efect mărirea semnificativă a ratei şomajului. Rata şomajului reprezintă 11,5% din totalul forţei de muncă (1 130,3 mii persoane). Cu toate acestea, peste 69% dintre români sunt de acord cu continuarea procesului de reformă şi cu demararea procesului de integrare în Comunitatea U.E. (conform unor sondaje de opinie recente făcute de I.S.O.P. din cadrul Fundaţiei „România de Mâine", în perioada 2-8 ianuarie 2000).

În raportul Guvernului intitulat *„Coordonatele strategice pe termen mediu ale României"*, primul ministru a prezentat strategia de dezvoltare pe termen mediu, respectiv pe anii 2000-2004, cu deschidere spre anii 2008-2010, susţinând o serie de priorităţi strategice economice, atragerea investitorilor străini de capital şi privatizarea intensivă a factorilor economici neperformanţi. Toate aceste măsuri au ca scop final creşterea nivelului de trai a populaţiei. Raportul, semnat de toate partidele parlamentare, cuprinzând toate aceste date, a fost trimis Uniunii Europene la Bruxelles în data de 20 martie 2000.

* *
*

În lucrarea publicată în prezent s-a urmărit să se redea, pe baza documentelor reale existente, evoluţia nivelului de trai şi a alimentaţiei populaţiei din România de-a lungul unei perioade lungi de timp şi consecinţele ei asupra stării de sănătate a populaţiei. De asemenea, având în vedere măsurile preconizate de guvernul actual la începutul deceniului al II-lea al tranziţiei s-au schiţat premisele care rezultă din programul propus de primul ministru la data de 31 ianuarie 2000 şi măsurile strategice pe care le-a luat în vederea continuării procesului de reformă. Având în vedere greşelile şi lipsurile alimentare din trecut, analiza situaţiei prezente subliniază pericolul unor prejudicii grave aduse dezvoltării fiinţei

Scanned with OKEN Scanner

biologice a poporului român în cazul în care se va continua actuala scădere a nivelului de trai. Parafrazându-l pe Anatole France, consider că „*adevărul are în el o forță care îl face de neînvins și care-i chezășuiește poate, odată și odată, deplina biruință*".

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

Nutrition plays an important role in the sphere of human civilisation which can be defined as all that is related to comfort and security, factors that are *par excellence* utilitarian.

Humanity has been in existence for approximately 2 million years and our prehuman ancestors appeared at least 4 million years ago. Our ancestors maintained the nutritional versatility that characterises most primates. Diet, which in the Miocenic era, was mostly based on fruits becoming rich in meat with the appearance of humanoids and, after the discovery of agriculture gradually reached today's diet.

Of the requirements of 3000 kcalories/day, 35% was of animal origin (meat) and 65% of plant origin (vegetable). Paleolithic man consumed 1579.2 mg of calcium compared to the 1000-1200mg recommended today. Their intake of sodium is 1/6 the requirement for contemporary man. The large amount of protein consumed comprising 75% meat and only 25% vegetable gave *Cro-Magnon man* large bones, a robust constitution and 12cm more height than man of today.

There were notable differences in the diet of Neolithic man in comparison with that of Palaeolithic man. The use of burnt clay containers has allowed for better preparation of meals. These led to the reduction of vitamin consumption. Agriculture, discovered about 10,000 years ago, modified diet through increase in the proportion of vegetables consumed daily in detriment to meat. The consequence was that the nutrition of Neolithic man was similar to that of contemporary man and led to a gradual reduction in height of Neolithic man.

It can be said that in the approximately 2 million years of existence, humankind has experienced three great dietary revolutions with effects on the nutritional state.

-Until 10,000 years ago, man lived on hunting and uncultivated vegetable products (fruits and various edible plants). Diet was predominantly based on meat. Anthropologic studies have found no sigh of dietary insufficiency.

Beginning about 10,000 years ago with the discovery of agriculture, the cultivation of cereals, the domestication and breeding of animals as well as the diminution in hunting activities, the quantities of carbohydrates increased in

Scanned with OKEN Scanner

detriment to meat. The process of division into social classes and categories (the privileged and the poor, slaves and slave owners) began.

In the 19th century, industrial foods i.e. sugar and sugar based products as well as refined and super-refined foods became a part of the human diet. The possibility for the occurrence of a lack of some essential nutritive principles as well as to the "hidden" starvation from which 50% of the population suffers (i.e. lack of vitamins, minerals and trace elements, animal proteins and vegetable fats etc.) as well as the obvious starvation or undernutrition from which another 15% of humanity suffers was opened up.

From the time of Hippocrates (2nd century BC) it has been known that *"food is essential since it contains parts of all that exists in the human body"* Hippocrates' viewpoint was confirmed by the scientific discoveries of the past century (proteins, carbohydrates, vitamins, lipids, minerals and trace elements). He also asserted that "food and physical exercise are the two elements that maintain health" he defined "modern calories". Only just in the 1950s did we formulate the concept of "rational nutrition" [1] which has become international and is an important factor in the maintenance of the state of health of the individual.

In the 1970-1980 period, the diet required to maintain the body in a state of health and suppleness was defined.

In the 1980s the culture of the body and its form maintained by diet, exercise and vitamin supplements appeared. In the 1990s, the notion of food-health, care for the quality of food was created. The proposal of the concept of food as medication (foodicine) is a credit to science. It should contain all the nutritional principles in the amounts required to maintain the body in health as well as to aid the proper development of the body. Hippocrates' concept, born in the period in which philosophers had discovered nature, defined disease as an imbalance between the organism and the environment and is confirmed by modern research. It was also Hippocrates' idea that is the basis of the concept that the dietary regimen of one person should differ from that of the other as each is an individual. "It is much more dangerous to change the diet than to maintain it": in order to facilitate health if the tradition, customs and culture of that individual or of his people are not taken into consideration.

* Food plays a symbolic role for the human mind, as it is related to tradition, customs and religious restrictions. Food represents a psychosocial act, an

[1] Le quotidien du médecin, 18 March 1998, Communique at the Congress of Dietetics by A. Poire and K. Hock

Scanned with OKEN Scanner

organisational principle for the exchange of ideas and images, of feelings, thoughts and for the maintenance of emotional and social relations.

In „*The Universality of Nutrition*" I have presented this very theory which holds such a well-defined place in contemporary science and which connects us to the essence of human existence. This is explained by the fact that food as a source of energy does not make man a thermodynamic machine and even nowadays, after we have found answers to so many mysterious existential phenomena, there is neither the need, nor the desire to change the spiritual concept of nutrition since this is the only thing that makes man's existence meaningful.

* In the context of this broad concept of food, the study of nutrition throughout the history various peoples such as the Romanians and the Geto-Dacs as well as the particularities of the Roman diet, finds its place.

The Geto-Dacs whose designation originates from the Thracs north of the Istru (Danube) were a "just and brave" people. This was Herodot's observation on the occasion of their battle with Darius (514 BC). This was again mentioned later (335 BC) when Alexander the Great crossed the Danube to punish them for helping the tribesmen of Syrmos to the south of the Danube. Burebista founded a strong Geto-Dac state extending from the Balkan Mountains and the Middle Danube to the Black Sea. "He came to be feared by the Romans" and only his assassination (in the same year as Caesar, 44 BC) prevented a war with the Romans. The rebirth of Burebista's state (which disappeared with his death) was brought about by Decebal (king from 87-106 AD). The Geto-Dac kingdom run by Decebal was smaller but better organised. He became an enemy of Rome. The conquest of the Dac State by Trajan did not lead to the disappearance of the Dacs [2].

Romanistion, in the sense of a powerful mix, took place especially in the South-Western area. The rest was predominantly a Romanisation of language and culture but not necessarily of blood lines. At the Panonic border (the border with present-day Hungary) of the Dacian kingdom, Romanisation, as a linguistic and cultural phenomenon, began almost two centuries before Trajan. One century before, this process had reached the Danube, while in Dobrogea the legions had even crossed onto the left bank, into the area between rivers Siret and Prut. Romanisation had a greater impact on the spoken language [3].

---

[2] Constantiniu Fl., "A Frank History of the Romanian People", Universe Enciclopedic Publishing House, 1999, Bucharest.

[3] Mehedinti S., "The age of the Romanian people in connection with related elements". Cartea Romanească Publishing House, 1925, p.10

Scanned with OKEN Scanner

Trajan continued the Romanisation process and divided Dacia into districts according to Roman principles. Romanisation of all the Dacs, including the free ones, continued even after the year 271 (when Aurelius withdrew his legions). After Aurelius' withdrawal the free Dacs settled in not the Goths. The Dacs did not disappear either during Trajan's time or after Aurelius' withdrawal. *"A group of humans that have become a people can no longer leave its land but can only change, slowly, rising and falling over the centuries and taking on new forms."* (Mehedinti S, 1925)

This people, (an oasis of Latin, has survived over the centuries, preserving its linguistic unity, its beliefs and customs in spite of historical changes) has had and still has its specific diet which distinguishes it from the neighbouring peoples (the result of previous documentary investigators were presented in several works, published between the years 1967 and 1993). In my works published to date, I have promoted the idea supported by historians [4] that man adapts to and creates his lifestyle. The lifestyle designated by historians as " shepherds with secondary agriculture" is the lifestyle that prevailed at one time in all the southern European Mountains including the Carpathians. Aside from climatic and economic factors, ethnic factors play a role in the differentiation of food types. The Romania people is part of the eastern and southern zone of Europe where the ancient character of food, deeply rooted in the past, has been better preserved than in the West. These are closely connected with the agricultural cycles and lifestyle of these peoples.

With regard to Romania, it can be said that the geography and climate have determined the type of cereals cultivated. A territory situated at the northern limits of the southern zone offers optimal conditions for the cultivation of some types of cereals – in the past, for the cultivation of wheat and millet and later for the cultivation of corn – while the north is optimum for the cultivation of oats and rye while to the east, it is optimum for the cultivation of spring wheat, rye, buckwheat and oats.

This transitional climate designated the "Getic climate" is exceptional for the cultivation of millet and later for corn. Millet appears to have been the basis of the food of inhabitants of the Romanian nation until modern times when its place was taken by corn.

---

[4] Constantin C. Giurescu, Dinu C. Giurescu, "The History of the Romanians from Ancient Times to Date", Albatros Publishing House, Bucharest, 1971

Scanned with OKEN Scanner

*There are two dominant characteristics of nutrition of the Romanian people that has been preserved over time *"predominantly cereal diets and lack of pastry in the daily diet"*. Cereal based food was a characteristic of rural diet everywhere. *The lack of baked products characterised the diet of the Romanian peasant.*

Turbulent times forced Romanians of Daco-Roman origin, now living in the rural areas as a result of barbaric invasions to settle in the region of the Carpathian mountains, as well as in the valleys, hills and flatlands of the subcarpathian regions. As the towns had been destroyed by invaders, the entire life became rural. Village communities were born. The population adopted agriculture on the hills, valleys and flatlands as well as the subcarpathian regions for the cultivation of cattle and sheep. This gave birth to tanshumance. Stable households were located in the depressions and below the mountains while shepherds grazed their sheep from the mountains to the steppes and the lakes on the margins of the Carpathian area (winter) and returned in spring to the mountains. This transhumannce, encountered in Romania, is an active adaptation to the environment, an example of balance between mountain economics and that of the steppes and lakes. In this manner, it became possible to grow and maintain many sheep. Research on this phenomenon showed that flocks of sheep were rarely found outside Romanian territory. This was a transhumance which was rarely found outside the Romanian boundaries.

In the last part of the Middle Ages, the most renowned were the shepherds of Ardeal who had specific designations: around Brasov they were called Mocans, Barsans, Sacelens or Branens. In the area of Sibiu they were Margineans, Tutuiens etc. All descended to the Romanian plains or the Danube lakes, to Dobrogea, the Moldovan plains, the Panonica plains (present day Hungary) and even to the south of Transnistra. Thus, the routes of the shepherds were radial and concentric. They went to different places but always returned to the nearby areas, in the region of the alpine pastures. (Posea Gr., 1999)

Transhumance contributed to the perfection of the Romanian language. The language is unified "where people are in permanent contact and therefore feel the need to understand each other" [5].

Transhumance played this role with the Romanians. Indigenous feudalism which came into being here much later than in the West, did not tie the peasant to the land. He moved freely. By the time he was tied to the land, it was too late.

---

[5] Al. Graur, "The Oneness of the Romanian Language". The Romanian Academy Publishers, 1968

Scanned with OKEN Scanner

The language had become one. The same thing happened in the time of the Romans: first came latinisation and then the formation of the Romanian language.

The formation of the unified Romanian language is, after the Daco-Roman origin, the most important event in the history of the Romanian people.

Our geographic space is characterised by the formation of a circle in the Carpathian Mountains which is not massive or insurmountable but comprised of small massifs and peaks as well as depressions and valleys arranged transversely crossing from Transylvania to the exterior.

The unifying role of the Carpathian Mountains and of Transylvania functioned permanently in the history and life of the Romanian people both in the economic and social aspects as well as in the protection and preservation of the people and its language. *We can say for certain that if the Carpathians had not existed, the Romanians would not have existed.* (Posea Gr. Op. Cit, 1999).

The need to move herds, to reside in the mountains, hills and valleys (less so in the plains which lacked protection) was a result of the upheavals created by the migrations of barbaric peoples and made agriculture rudimentary with cultivation limited to the months of May-June. These conditions were fulfilled by cereals that could not be made into pastry such as millet and barley. Constrained by those turbulent times to the cultivation of unbakeable cereals, our ancestors resorted for a long time to boiling, "mamaliga" and to "malai". Our mamaliga is related to the Italian "polenta", and Spanish "papa" while our cakes resembled those consumed in the south of France, in Italy and in Spain.

The geographic and anthropogeographic conditions that influence a population over millennia carve out dietary habits which are preserved with tenacity.

The place of maize has been taken by malai introduced to Romania at the end of the 17th and the beginning of the 18th centuries. The cultivation of corn became a priority in the cultivation of cereals, a phenomenon favoured in that period by the fact that the Turks, to which Romania was a vassal state accepted only grain as tributes.

The diet of the peoples of our country was characterised by its richness in cereals, milk and dairy products as well as vegetables. *No other people in Europe had such a wide variety of plants in its diet.* The agricultural conditions in the mountains (valleys, hills and subcarpathian depressions) did not favour the intensive cultivation of vegetables. The consumption of meat was quite reduced (characteristic of the shepherds who did not destroy their flocks).

From the point of view of the principal nutrients and calories, the diet was sufficiently balanced until the beginning of the 18th century.

Scanned with OKEN Scanner

*At the end of the 18th century, but especially in the 19th and beginning of the 20th centuries, the peasants became poorer, the grazing areas were reduced in favour of agricultural land for the cultivation of grain (sought for export). All these transformations had a negative influence on the nutrition of the rural populace (especially). The staple food of the peasant became mamaliga from corn and wild vegetables. The consumption of proteins (eggs, meat, milk and cheese) fell significantly.

The consequence of the decrease in the diet of animal protein as well as the consumption of excess corn malai is the basis of pellagra. The first cases were reported in the year 1846. All the publications from the second half of the 19th century mentioned the serious deterioration of the diet of the Romanian peasant in the entire nation. The land reform of 1846 did nothing to change the situation. At the beginning of the 20th century, our country had some of the highest general mortality and infant mortality rates. Over 35% of children died of malnutrition in the first year of life. In the year 1906, N. Lupu wrote [6] that *"the Romanian peasant feeds exclusively on vegetables – one should not expect intellectual work or sustained hard work on such a diet"*.

At the beginning of the 20th century, the feudal vestiges continued to remain in agriculture. Following the land reform of the peasants of 1918, the diet of the peasants remained just as unbalanced although the his capacity to procure food had improved. The Second World War had serious impacts on the life of the peasants. These same problems also had an impact on the socio-economic life of the labourers, the junior bureaucrats, the small-scale craftsmen as well as the small-scale traders in the cities whose average earnings did not much exceed that in the countryside. The study carried out amongst school children in the 1930s (in both rural and urban areas) brought to light the undernourished state of 41.1% of those studied (the percentage of undernourished children in the urban areas was higher than that in the rural areas – 40% compared to 37.9%). The proportion of the undernourished increased with age [7].

The research of some reputed scientists such as Benetato (urban and rural areas of Transylvania in the period of 1933-1939), Enescu [8] (the rural and urban

---

[6] N. Lupu, *The Peasant's Diet* , in, *Viata Romaneasca (Romanian Life)*, 1906, Dacia Publishing House, Iasi

[7] Banu G. *Research on the Diet of Schoolchildren in Romania* , The Journal of Social Hygiene, 1935,2

[8] Enescu M., *The Economic Situation of the Rural populace in Relation to Public Health and Hygiene*, Journal of Social Hygiene, 1935, 5.

Scanned with OKEN Scanner

areas of Moldova between 1929-1935), Claudian, Georgescu (in the entire nation in the period between 1935-1939) brought us to the following conclusions: the diet of the population of the urban and rural areas is characterised by a high consumption of carbohydrates (derived especially from corn and cereals). In Banat and Transylvania, the structure of the calories was more of animal origin (35% compared to 29% on average in the country). In the Old Kingdom and Basarabia, the percentage of calories of animal origin was below 23%. In Transylvania and Banat, the consumption of bread and fats caters in large part to the energy needs of the body. In Moldova, Oltenia and Muntenia, the diet of the residents was comprised of cereals in an impressive proportion (70-95%). In Bucovina, Transylvania, Dobrogea and southern Basarabia, the consumption of malai did not exceed 50% (and was replaced by bread). The most frequently consumed foods of animal origin were milk and dairy products. Nonetheless, the consumption of milk was less here (except Transylvania and Bucovinia) than in the countries of Western Europe (200-300 ml daily per capita compared with 500-1000 ml daily per capita in the West). The consumption of milk was replaced, in some regions by the consumption of cheese (cheese was consumed as a staple food not as dessert. Mamaliga consumed with cheese was not consumed in France, Germany or England. There was no cheese or cream [smantana – Romanian] spiced cottage cheese [telemeaua] or cottage cheese [branza de burduf] in the diet of these nations. The consumption of meat was low [except in Banat and Transylvania]. This was about 2-3 kg/person per year in the rural areas and reached 23 kg/year/per person in the urban areas. The consumption of eggs was also reduced especially in the rural areas.

The conclusions on the people's diet at the time were the following [9]:

- The calorie intake was sufficient and this was derived from cereals.
- The diet was monotonous and not varied in terms of taste.
- The total protein consumption was insufficient (11-15% of the total). The animal protein consumption was insufficient (12-23% of the total amount of protein compared to the 40-42% recommended).
- Cereals furnished over 50% of the total calories and 40% of the total proteins in most areas (except Banat and Transylvania).
- The excessive consumption of corn (46.7% of the total) determines the perpetuation of pellagra (with an endemic character)

---

[9] Georgescu D.C., *The Levels and Composition of our Rural Population's Diet According to Province*, The Journal of Social Hygiene, 1940,1.

Scanned with OKEN Scanner

- The insufficient consumption of milk favours the insufficient intake of calcium.
- The diet was, in most regions, poor in fats especially vegetable fats (and was rich in animal fats especially in Transylvania and Banat)
- Hypovitaminoses, especially in the pellagrogenic areas was encountered frequently in other areas.

Leavened bread, malai, unleavened corn flour cakes and mamaliga with its variants were the principal sources of cereal products. In Transylvania, Banat and Bucovina as well as Dobrogea and southern Basarab, bread was consumed daily as a complement of food just as was practised in the towns. Bread from corn flour was prepared in some of the mountainous regions of Transylvania (Bistrita-Nasaud) and resembled malai cakes. In the Old Kingdom, bread played a limited role in the diet and was consumed in only 1/3 of the days of the year. Claudian [10] concluded that *"the diet in the rural area is more an economic problem than a culinary one:. "There are regions in our country with a diet superior to that of the Old Kingdom – in Transylvania and Banat".*

After the year 1950, there was a period of economic recovery and hard times that was not limited to the peasantry. The collectivisation of agriculture was concluded in large part in the years 1954-1955. The war repatriations of an occupied nation as well as the social changes imposed by the new regime had consequences on the dietary possibilities of the entire nation including both the rural and the urban areas. The modification of the social life of the occupied territories (55% of the nations population were gradually attracted to the urban areas) as well as the culture of the people led to a change in the type of diet.

In the period from 1949-1958, (when pellagra was an endemic there were still many communes in the country) a study of the nations diet showed that with an acceptable number of calories, there is a predominant consumption of carbohydrates from cereals (60-70% of these from corn) while the quantity of animal protein consumed was very small (12-20g). Research done in 1979 [11] has demonstrated that in comparison with the years 1950, 1957 and 1964, the diet of the peasantry had improved substantially. The consumption of bread was derived in large part from the consumption of mamaliga while the

---

[10] Claudian I., *Diet in the Context of Anthropogeography* The Journal of Social Hygiene, 1940

[11] Dumitrache S et. al. *The Composition of the Diet and the Nutritional Status of a Group of Individuals from the Rural Areas* 12th Edition of The Romanian Diabetology Days, Cluj-Napoca, 1986

Scanned with OKEN Scanner

diversification of food led to an increase in animal protein consumption (cheese, eggs, milk and meat) [12]. The diet in the rural as well as in the urban areas became balanced in the principal nutrients [13]

Studies effected between the years 1982 and 1985 emphasise the following [14]:

- The intake of animal fats, vegetables, bread, malai and eggs was excessive. Tanasescu's research [15] showed that in comparison with the years 1950, 1957 and 1964, in the year *1978, there was an improvement in the physical and mental development of children in both the rural and urban areas.* In comparison with the year 1957, in the year 1978, new-borns in the urban areas had an increase in length of 51.6cm from 50.3cm and from a weight of 3.2kg they increased to 3.5kg. In comparison with the 1950s, the average height of boys enrolled into the army was increased by 2.5-12.4 cm in 1978 while those of girls by 2.1-8.5cm. The weight of the children aged 7 years from the year 1960 was already reached by 6 year olds in the urban areas.

The average life expectancy grew from 42.1 years in 1932 to 69.54 years in the 1977-1979 period [16].

*An analysis of the socio-economic situation in relation with the standard of living in the first stage of the transition (1990-1998) was characterised by the following:

- Continued drop in birth rate (16 per thousand in 1989, 10.5 per thousand in 1998 and 10.7 per thousand in 1999).
- The general mortality rate increased from 10.7 per thousand to 12 per thousand in 1998 and 11.9 per thousand in the first 9 months of 1999.
- The negative growth of the population was (-1.5 in 1998). The ageing of the population through the decrease in the number of children from 28.8% in 1989 to 23.64% in 1998.

An analysis of demographic indices of the first 9 months of the year 1999 [17]

---

[12] Dumitrache S, Albu A., *Aspects of the Diet of Some Rural Communities in the Years 1980-1985.* **Diet of the Romanian Peasant**, Bucharest, p274-310

[13] Mihailescu M et. al., *Some Aspects of the Diet of our Rural People,* The 27th Session of the IISP, Bucharest, 1982,31

[14] Mincu I, *The Impact of Diet on Man*, Medical Publishers, 1993,Bucharest p.274-310 [15] Tanasescu C., Manescu S., *The Hygiene of the Child and the Adolescent,* Textbook of Hygiene, vol. III, Medical Publishers, Bucharest, 1986

[16] The National Commission of Statistics, 1979

[17] The National Commission of Statistics, Publicised on 26, March, 2000

Scanned with OKEN Scanner

compared with the same period in the year 1998 has shown the following data:

-The number of live births has diminished (10.7% in 1999 compared with 10.8% in 1998)

- The infant mortality in children below the age of 1 year has fallen (18.3% in the year 1999 compared to the year 1998)

- The general mortality has remained constant (10.7%)

- The natural growth of the population has decreased from –1.1% to –1.2% in 1999.

Compared to 23,152,000 inhabitants in Romania in 1989, as at 31 December 1999, there were 22,503,803 inhabitants.

In comparison with the active population, there was an unemployment rate of 12% in January 1999 and 11.5% in January 2000.

The active population of Romania was 11,520,000 people as at 31 December 1998. (The analysis showed that the majority was comprised of inactive people – 55.8% i.e. the retired, school children and students. The unemployed are not discussed here as they have been included statistically in the active population). In February 2000, the average take home pay for the economy [18] was 1,748,052lei (at an exchange rate or 18600lei to the dollar at the beginning of February and 18800 lei at the end of February) about 1.3% higher than the total salary for the month of January 2000. Thus, we are seeing and continue to see a continued decrease in the standard of living. (89.7% compared to December 1998 and 64.2% compared to December 1990).

Unemployment benefits were 522,932 lei as at October 1999. The period of compensatory payments for about 400,000 unemployed (35.84% of the unemployed) expired.

As at December 1998, there were 5,787,532 pensioners. In July 1999 the number of pensioners reached 5,913,000. This constituted 44.37% of the adults aged 18-62 years, these figures are impoverishing for any society. The average income of the pensioners benefiting from social security was 685,347 in the first trimester of 1999. (In January 1999 it was 644,808 lei). About 1,699,141 of the pensioners are agricultural pensioners (their pensions vary between 10,000 and 180,000 lei). Over 52% of the pensioners in the urban areas benefiting from social security (pensions up to 522,000 lei per person) live in apartment blocks. According to data presented to the National Commission of Statistics, after the

---

[18] In the month of February, 2000, the highest salary in the Public Service was in Financial sector (4,966,049 lei), while the lowest was in Education (1,064,369). This was a decrease of 10% compared to January, 2000 (National Commission of Statistics).

Scanned with OKEN Scanner

payment of all recurrent costs, a pensioner is left with the sum of 30,000 lei per month for feeding (one loaf of bread every 2 days).

The backward state of over 95% of Romanian villages (84%of the territory and 45% of the population i.e. 10,155,000 people) is a principal factor in determining the movement of the youth to the towns, and in the villages only the elderly in large part.

The absence of the infrastructure required for decent living (e.g. tarred roads, modern connecting highways for communication with towns, water and drainage networks in the overwhelming number of villages, the absence of networks for the distribution of electricity, inadequate telecommunications, the poor state of housing and the absence of interior fittings for physiologic needs, the lack of technical equipment with radios, televisions, washing machines, gas cookers and electric ovens, the lack of means of personal transport such as automobiles, motorcycles and bicycles as well as the lack of public transportation) is one of the consequences of the advanced state of poverty in which the vast majority of the peasantry lives and which brings about the flight to the towns.

Law nr. 18/1991, modified by Law nr. 169/1997 and Law nr. 1/2000 referring to the reform of agricultural land has been shown to be inefficient as long as the necessary technical means and management skills required for increased agricultural production are lacking. In the present division of agricultural land in the rural areas (each household receiving an average of less than 2.3 ha of land) these deficiencies with regard to the technical equipment from agriculture make the existence of a strong and efficient agrarian economy on the basis of capitalist principles, impossible. It is therefore not surprising that in the year 1999, there was an accentuated decline in agricultural production compared to 1998 and this is unfortunately the forecast for the year 2000. Thus, the production of wheat and rye was 10.1% less than in 1998 (a year of inadequate agriculture); the production of barley and two-row barley was 17.7% less than in 1998; the production of sugar was 40.1%, a decrease and the production of fruits was 9.2% less than in 1998. There were increases in the production of cereals (corn production increased by 26.8%) potatoes (19.2%) and oleaginous plants by (21.9%). Animal husbandry continued to decrease. Thus, the number of pigs and goats fell by 17.3% while the number of sheep fell by 5.2%. The number of cattle registered an insignificant increase of 0.4% which is an equivalent of 12,200 head of cattle.

Poverty in Romania has reached alarming levels. As at 31 December 1998, the population of the poor in Romania exceeded 7.6 million (33.8% of the

Scanned with OKEN Scanner

population according to the report of The National Commission for Statistics and the United Nations Development Programme) using the poverty line (defined as an average income of 683,436lei) as the upper limit in September 1999). As at this date, the average salary was 1,600,000lei (equivalent to approximately US$100).

In 1995, 5.7 million people lived beneath the poverty line (25.3% of the populace); in 1996 this figure was 4.4 million (19.9% of the populace) and in 1997, there were 7 million poor (30.8% of the populace). The poorest people can be found in the north-eastern part of the country. The population with a lower level of poverty can be found in the west and north of the country. The poorest (60 of every 100 persons) can be found in the households of the peasants and the pensioners. Of the total number of the poor, 39% originate from the households of the salaried workers.

Also in the social plane, it is important to note that at the beginning of the year 2000, there were about 788,000 illiterates over 12 years of age representing approximately 4% of the population (source: The National Institute of the Science of Education and the National Commission of Statistics) The data contained in the report of the Romanian authorities to UNESCO for the *"Education for all in Europe and North America"* which took place in Warsaw (6-8 February 2000). The highest rate of adults not able to read or write can be seen amongst women (75% of all illiterates). In the age group below 65 years, the highest rate of illiteracy is seen in those aged between 15 and 19 years.

The consequences of long term poverty (decrease in the standards of living) are an altered state of health of the population and, more seriously as a direct consequence of the decrease in animal protein, a diminution in the physical and mental development of the children.

The state of health of the population (based on an international study carried out in 1998) places Romania amongst the last countries in Europe. The general mortality rate is rising continuously in comparison with neighbouring countries. When detailed, average mortality is higher than in the rural areas than in the urban areas.

The analysis of the cardiovascular mortality shows that cardiac diseases are on a continued rise (458.1/100,000 by the year 1970, 739/100,000 in the first semester of 1999) in comparison with other European countries where it is dropping continuously (650-700/100,000 in 1970 and below 200-250/100,000 in 1996). One can reach the conclusion that the standard of living as well as the deficient medical care has had a negative influence. It must be said that in the

Scanned with OKEN Scanner

category of cardiovascular mortality, ischaemic cardiomyopathy predominates in the 14 counties of Ardeal (Transylvania) and cerebrovascular accidents in 13 of the 15 counties of Muntenia and Oltenia. This situation is due, in the first place, to unbalanced diet, rich in animal fats and a large consumption of alcohol as well as a lack of adequate medical care.

The mortality from tuberculosis is on the rise (from 0.35% in 1980 to 0.88% in 1998, about 10% higher in the first 8 months of 1999) a consequence of a decrease in the standard of living.

The average life expectancy in 1998 was 69.2 years (8-10 years less than in Western Europe).

*A fact that also requires attention in our conclusions (more so that the observations from the last 30-40 years in Romania are unique) is the peculiar course of cardiovascular disease in France brought to light in the 1980s and known as the "French paradox". Thus, it has been observed that in the French population, cardiac disease occurs in the presence of some identical factors (hypercholesterolemia, hypertension, smoking and consumption of animal fats) but 50% less frequent than in the Americans or the British. The statistics furnished by the WHO shows that the general mortality from cardiovascular disease in France is 10% less than in the USA, 15% less than in Germany, 21% less than in Scotland, 26% less than in England (where the French:English mortality rate is 1:2.5 for men and 1:3 for women. Recent WHO studies also bring another paradox to light: in a comparison of Lille, France, with Belfast, Ireland, in men 34-64 years of age, the cholesterol levels were 2.58g/l compared with 2.38 in Belfast. The mortality rates in both towns is the reverse: it is three times higher in Belfast (370/100,000/year) than in Lille (12/100,000/year). The lifestyles and diet in the two countries discussed are similar. The difference with the French is that they are the world's largest wine consumers (especially red wine). The high content of polyphenols in wine especially *reservatrol* (2g/l in red wine and 0.2g/l in white wine) which are strong anitioxidants (about 20-50 times stronger than vitamin E). A daily consumption of 250-300 ml of red wine after meals has a protective antiarterosclerotic effect (it is known that a consumption of less than 30g alcohol daily after meals is beneficial). This was brought to light in an important study carried out in the USA. This is the explanation provided by some workers of the French paradox (to this was added the prevention through increased consumption of μ-linoleic acid, the so-called Mediterranean regimen described in the study entitled *The Lyon Heart Study).*

Scanned with OKEN Scanner

The explanation of the "French Paradox" has been recently questioned [19], through the so-called *"Time lag explanation"* (the delayed time of action of hypercholesterolemia) by the English authors Malcolm L and Wald N. They asserted that in order have an effect, hypercholesterolemia- the consequence of a diet rich in animal fats- requires at least 25-30 years. From the existing conditions, it would appear that the French only recently began to consume large quantities of saturated fats, beginning with 1965-1970 (in comparison to other peoples such as the English and the Americans who have been consuming large amounts of saturated fats for a much longer period than the French). Certainly, the poisonous action of fats is accentuated by smoking and alcohol consumption etc.)

The French are not the only nation with a lowered cardiovascular mortality in comparison with fat consumption. Mortality is also decreased in Spain, Italy, Belgium and especially in Japàn. Common to all these countries is the relatively recent increase in animal fat consumption and a consequent rise of cholesterol in the blood (proposed by English authors).

In Great Britain, large amounts of saturated fats have been consumed for a long period (already from the 1880-1936) while the peak of mortality from ischaemic cardiomyopathy was reached in 1971 (remaining at that level).

The elimination of risk factors for cardiovascular disease through the introduction of preventive treatment has brought about a reduction of cardiovascular mortality beginning from about 1975 in the industrialised nations. It has been observed that cardiovascular mortality diminishes from a high level about two years after the reduction of hypercholesterolemia. The persistent diminished mortality in France cannot be explained only by consumption of red wine but also by the consumption of aspirin, anticoagulants, ß-blockers etc. (they have a higher consumption of these substances than the British)

These do not still explain why in France, Lille has a lower mortality than Belfast in Ireland.

Also, these cannot explain why in Romania, where the consumption of vegetable calories is 79% and animal calories 21% (in contrast with Western nations where the proportion of calories of animal origin is double), the mortality from cardiovascular disease is the highest in Europe (in the 1st semester of 1999, the mortality from cardiovascular disease was 836/100,000 inhabitants while in France, this was 191/100,000 inhabitants).

---

[19] Malcolm L., Wald N, *Why heart disease is low in France: the time lag explanation*, BMJ, Vol. 318, 29 May, 1999

Scanned with OKEN Scanner

In Romania, 34% of the population lives below the poverty line and the consumption of animal fats has been raised for a long time especially in regions like Transylvania and Banat.

Although hypercholesterolaemia which is a consequence of a diet rich in animal fats is encountered in many regions of the country, the mortality rate in 1999 is twice that in 1970.

The lowest mortality rate from cardiovascular disease in Romania is in Brasov county (531/100,000 in this county where the consumption of animal fats has been one of the highest while the amount of alcohol consumed daily is 66.9g/person – 176.6% above the maximum allowance). Also, in this county, there is intense physical work, medical care is very good and the population has a high intellectual standard.

On the other hand, some of the counties with the highest mortality rate from cardiovascular disease in Romania are in the Muntenia plains (Teleorman with the highest mortality rate 1273/100,000; Giurgiu 1051/100,000; Braila 972/100,000; Calarasi 873/100,000 etc.)

In these counties, the average cholesterol levels (above 2.5g/l) are encountered in 50.9% of the population and raised blood pressure values are encountered in 38.6% of the population.

The consumption of animal fats is increased while the consumption of animal proteins is diminished. The consumption of alcohol is one of the highest in Romania (184.6 g of alcohol daily per person, about 638% above the recommended limits).

Although the population is predominantly rural, the cardiovascular mortality is reduced mainly as a result of cerebrovascular accidents (the higher average life expectancy is not sufficient to explain the increased mortality rate). Since the standardised mortality rate remains increased (12.4% in Teleorman County and 12.5% in Giurgiu compared to the mortality rates (that were not standardised) of 16.6% and 15.8% respectively).

A recent study effected in an isolated village in northern Moldova (1995-1998) where the residents were principally engaged in forestry (as well as subsistence agriculture and animal husbandry) and their diet is rich in animal fats brought to light the existence of a cardiovascular mortality comparable to that in the West (as opposed to the situation in the rest of the country).

This fact is explained by the following:

- socio-economic stability in an ethnically closed community.
- The predominance of hard work due to their occupation.
- Almost total absence of smoking (a characteristic of all the rural communities in northern Moldova).

Scanned with OKEN Scanner

- The diminished alcohol consumption (43% teetotallers while only 12% of drinkers exceed 30ml of alcohol daily.)

- The high fibre consumption in the food originating from whole wheat bread, mamaliga and vegetables.

This could also be designated the "Romanian paradox" but not by comparison with that of the French, but with the existing situation in Romania where the cardiovascular mortality is the highest and with the greatest consumption of vegetables in the diet all a consequence of the disastrous socio-economic state as well as the lack of good medical care and the diminished health education of the population.

*The economic indices in the year 1999 were totally unfavourable for the Romanian economy (The National Commission of Statistics, February 2000). We have seen, and are still seeing in a continuous drop in industrial production per ensemble (8%) to which is added the decrease in industrial production per ensemble of over 23% in the years 1997 and 1998. These deficits are have been seen and are still being seen in all the areas of activity. For example, in the metallurgic industry the decrease in productivity was 36.5% in 1999; in the oil industry and in the coal industry the decrease in productivity was of the order of 26.3%; in the electronics industry, (radios and electronic equipment) the decrease in productivity was of the order of 25.1%; in the textile production industry the diminished production was of the order of 23.9% and in the rubber and plastics industry the decrease was of the order of 23.4%. The areas that recorded an increased productivity were the following – the furniture industry (11.4%), the medical instruments and equipment industry (+35.4%) as well as the clothing and shoes industry (+13.8%).

Romanian exports in 1999 increased by 2.5% (8.5 billion dollars) while imports were diminished in 1998 (9.3049 billion dollars) thus contributing to the diminution of the deficit on the external market which was of the order of 3.0935 billion dollars in 1998 and 1.6565 billion dollars in 1999.

* The close relationship between the standard of living (to a large extent the dietary deficiencies) and the poor state of health can be seen from an analysis of the diet in the period between 1990-1998 in Romania (especially in the 1997-1998 period), an analysis that has been made in the relevant chapter of the book. Certainly, the defective health care accorded the populace is due in large part to the lack of financial resources. The figures on which the analysis of the population's diet was based are the official figures of the National Commission

Scanned with OKEN Scanner

of Statistics and the Directorate of Medical Statistics of the Ministry of Health in the 1990-1999 period. Also, the population based research carried out by specialists during this period (were to a large measure in accordance with that of the National Commission of Statistics).

* The situation remained just as poor in 1999. In the period analysed and published by the National Commission of Statistics [20] (July 1998-June 1998), the total monthly spending per household was an average of 2,040.6 thousand lei (average total income per household did not exceed 2,084.1 thousand lei; average income for business owners was more that 2.3 times the average earnings while the average earnings for the unemployed was only 76% of the average income). The total spending of business owners was on the average 3,767.0 thousand lei, 2,756.1 thousand lei in salaried workers, 1,928.1 thousand lei in peasants and 1696.1 thousand lei in the unemployed and the pensioners. The population consumes 55.0% of their income on daily food (the unemployed do not have more than 262.8 thousand lei per month implying less than 10,000 lei per person per day).

The distribution of average total expenditure [21]

Total expenditure	Total	Urban area	Rural area
	100.0	100.0	100.0
Food products	54.9	53.6	56.3
Non-food products	28.9	25.3	32.5
Service expenses	16.2	21.1	11.2

The distribution of average total expenditure

Total expenditure	Total	Urban area	Rural area
	100.0	100.0	100.0
Daily expenses	80.6	78.6	82.8
Duties, taxes, other legal payments	10.1	14.8	5.1
Household investments	1.5	0.7	2.3
Other expenses	7.8	5.9	9.8

[20] The National Commission of Statistics, 2000

[21] The distribution of total expenditure of a household shows that 80.6% is directed at recurrent expenditure (of which 55.0% is for food); and 10% is for income tax and other taxes. Only a minor proportion is left for household purchases (0.7% on average in the urban areas and 2.3% on average in the rural areas).

Scanned with OKEN Scanner

In the book entitled the *The Impact of Food on Man (Impactul Om-Alimentatie)* [22] comparative statistical data of the consumption of staple foods by the population of Romania in 1933 (a year with a less than average economic situation), 1982 and 1992. The data has been taken from the Bulletin of Statistics, The Enciclopedia Romaniei (Romanian Encyclopaedia) [23] and the Bulletin of the National Commission for Statistics.

During the 1993-1998 period, the Directorate of Medical Statistics of the Ministry of Health and the National Commission of Statistics published the official data of the research that had been carried out.

The comparative results are reproduced for the period between 1933 and 1998 [24] (in grams/capita/day) and are as follows:

- The consumption of meat and meat-based products: 250g/person/day in the year 1933; 165g/person/day in 1982; 125g/person/day in the years 1992-1996 and 117g/person/day in the years 1997 and 1998.
- The consumption of milk and dairy products per person/day was 200 ml in 1933; 500 ml in 1982, 448 ml in 1992 (remaining constant in 1993-1996) and 321 ml in 1998 (the same as in 1997)
- The consumption of bread/person/day was 440g in 1933, 360g in 1982, 365g in 1992, 360-380g in the 1993-1996 period and 335g in the 1997-1998 period.
- The consumption of eggs/person/day was lowest in 1998 (24.5g/day equal to one chicken egg consumed every two days)
- The daily fruit consumption per person was 460 g in 1933, 230 g in 1982; 130 g in 1992; 122-131 g between 1993-1996 and 73 g between 1997-1998.
- The daily sugar intake per person was 33 g in 1933, 60 g in 1982; 67 g in 1992; 31 g between 1997-1998

The daily consumption of calories of animal origin/person/day was 21.27% the lowest recorded until that date while that of vegetable calories was 78.73%. The total amount of calories consumed per person/day was 2624 kcalories in 1998 compared to 3039 kcalories in 1990 and2753 kcalories in 1992.

The recommended consumption of the Institute of Research into the Quality of Life published in 1998 is reproduced in table 1, page 478. I have taken only the quantities necessary for the nutrients mentioned above and expressed

---

[22] Mincu I, *The Impact of Diet on Man,* Medical Publishing House, Bucharest, 1993, p. 355.
[23] Gusti D, *The Encyclopedia Romanae,* Bucharest, 1938.
[24] National Commission of Statistics, October, 1999.

Scanned with OKEN Scanner

In the book entitled the *The Impact of Food on Man (Impactul Om-Alimentatie)* [22] comparative statistical data of the consumption of staple foods by the population of Romania in 1933 (a year with a less than average economic situation), 1982 and 1992. The data has been taken from the Bulletin of Statistics, The Enciclopedia Romaniei (Romanian Encyclopaedia) [23] and the Bulletin of the National Commission for Statistics.

During the 1993-1998 period, the Directorate of Medical Statistics of the Ministry of Health and the National Commission of Statistics published the official data of the research that had been carried out.

The comparative results are reproduced for the period between 1933 and 1998 [24] (in grams/capita/day) and are as follows:

- The consumption of meat and meat-based products: 250g/person/day in the year 1933; 165g/person/day in 1982; 125g/person/day in the years 1992-1996 and 117g/person/day in the years 1997 and 1998.
- The consumption of milk and dairy products per person/day was 200 ml in 1933; 500 ml in 1982, 448 ml in 1992 (remaining constant in 1993-1996) and 321 ml in 1998 (the same as in 1997)
- The consumption of bread/person/day was 440g in 1933, 360g in 1982, 365g in 1992, 360-380g in the 1993-1996 period and 335g in the 1997-1998 period.
- The consumption of eggs/person/day was lowest in 1998 (24.5g/day equal to one chicken egg consumed every two days)
- The daily fruit consumption per person was 460 g in 1933, 230 g in 1982; 130 g in 1992; 122-131 g between 1993-1996 and 73 g between 1997-1998.
- The daily sugar intake per person was 33 g in 1933, 60 g in 1982; 67 g in 1992; 31 g between 1997-1998

The daily consumption of calories of animal origin/person/day was 21.27% the lowest recorded until that date while that of vegetable calories was 78.73%. The total amount of calories consumed per person/day was 2624 kcalories in 1998 compared to 3039 kcalories in 1990 and2753 kcalories in 1992.

The recommended consumption of the Institute of Research into the Quality of Life published in 1998 is reproduced in table 1, page 478. I have taken only the quantities necessary for the nutrients mentioned above and expressed

---

[22] Mincu I, *The Impact of Diet on Man,* Medical Publishing House, Bucharest, 1993, p. 355.
[23] Gusti D, *The Encyclopedia Romanae,* Bucharest, 1938.
[24] National Commission of Statistics, October, 1999.

Scanned with OKEN Scanner

them in grams/person/day namely: meat 214g, milk 316g, cheese 112g, eggs 25g, bread 300g, cereals 127 g, vegetables 328g, 158 g of fruits and 69 g of sugar.

At the beginning of 1999, the budget was based on a predicted annual inflation rate of 25%. The budget was finally 100.6% in excess of that planned. The inflation rate was 54.8% as at 31 December 1998.

The proposed budget for the year 2000 is 236,873.5 billion lei income (32% of the GDP) and 259,616.3 billion lei expenditure (35.8% of the GDP) with a predicted deficit of 3% of the GDP which was calculated at 725,545 billion lei. Inflation was estimated at 27% with an average exchange rate of 20,500 lei to the dollar.

In 1999, the budget was 179,247.2 billion lei income and 189,644.2 billion lei expenditure. Inflation rate was 54.8%.

*The beginning of the 2nd decade of the transition process to a market economy has been marred by major economic difficulties as well as social unrest caused by poverty, lack of jobs, decreased economic production and restructuring which has had the effect of increasing the unemployment rate. The unemployment rate was 11.5% of the total work force (1,130.3 thousand people). In spite of this, over 69% of Romanians agree with the continuation of the process of reform and with the continuation of the integration process into the EU (according to polls carried out by the ISOP of the "Romania de Maine" Foundation in the 2-8 January, 2000 period.)

In the government report entitled *"Strategic co-ordinates in the medium term of Romania"* the Prime Minister presented the development strategies in the medium term, i.e. for the years 2000-2004, with an opening to the years 2008-2010, proposing a series of strategic economic priorities such as the attraction of foreign capital and the intensive privatisation of poorly performing industries. The report, signed by all the parties represented in parliament and containing all these data, was sent to the EU in Brussels on 20 March 2000.

In this work, there has been an attempt to reproduce, on the basis of existing documents, the course of the standard of living and diet of the population in Romania over a long period of time and its consequences on the state of health of the populace. This was done, bearing in mind the measures planned by the present government at the beginning of the 2nd decade of transition, the expected outcomes of the programme proposed by the Prime Minister on 31 January 2000 and the strategic measures taken into consideration with a view to continuing the process of reform. Bearing in mind the errors in diet in

Scanned with OKEN Scanner

the past, an analysis of the present situation underlines the dangers of the effects of the present situation on the development of the human being and of the Romanian people if the present standard of living continues to fall. To paraphrase Anatole of France *"The Truth bears a force in it which makes it invincible and which guarantees full victory"*.

Scanned with OKEN Scanner

„În lucrarea de față, cu aceeași nedezmințită acuratețe științifică, autorul ne redă caracteristicile particulare ale alimentației la români de-a lungul celor două mii de ani de existență. Analiza detaliată a sistemului nutrițional nu constituie decât o motivație a unor incursiuni obiective și bine documentate în domenii ca: sociologia, psihologia, evoluția istorică și economică a poporului nostru, această insulă de latinitate în mijlocul altor popoare."

Scanned with OKEN Scanner